

# Hälsoteket i Angered

## Deltagares perspektiv på en hälsofrämjande verksamhet

Författare: Sofia Haby

Folkhälsovetenskapligt program  
med hälsoekonomi, 240 hp

Examensarbete i folkhälsovetenskap med  
hälsoekonomi II, VT 2014

Omfattning: 15 hp

Handledare: Annika Jakobsson

Examinator: Monica Bertilsson  
Gunnel Hensing

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

**Svensk titel:** Hälsoteket i Angered - Deltagares perspektiv på en hälsofrämjande verksamhet

**Engelsk titel:** Hälsoteket in Angered - Participants' perspectives on a health promoting activity center

**Författare:** Sofia Haby

**Program:** Folkhälsovetenskapligt program med hälsoekonomi 240 hp  
Examensarbete i folkhälsovetenskap med hälsoekonomi II, VT 2014

**Omfattning:** 15 hp

**Handledare:** Annika Jakobsson

**Examinator:** Monica Bertilsson och Gunnel Hensing

---

## **SAMMANFATTNING**

**Introduktion:** Att minska social ojämlikhet i hälsa är ett mål för folkhälsoarbetet på såväl global, nationell som lokal nivå. I stadsdelen Angered i Göteborg verkar Hälsoteket hälsofrämjande för att minska ojämlikhet i hälsa, genom att förbättra levnadsvanor och välbefinnande hos befolkningen.

**Syfte:** Studiens syfte var att utvärdera Hälsoteket i Angered genom deltagares subjektiva upplevelser. Studiens delsyften var att undersöka deltagares uppfattningar och åsikter om Hälsoteket i Angered, vilken betydelse deltagandet i verksamheten bedöms ha för den egna hälsan samt deltagares motivationer för att delta.

**Metod:** För att besvara syftet valdes en kvalitativ metod. Datainsamling skedde i form av kvalitativa intervjuer med åtta av verksamhetens deltagare. Det inspelade materialet från intervjuerna transkriberades och analyserades därefter med en manifest kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** Hälsoteket var betydelsefullt för de intervjuade deltagarna, både genom möjligheten till regelbunden aktivitet och genom de sociala möten och resurser deltagandet gav dem. Verksamheten fungerade som en viktig kunskapskälla för deltagarna, för hälsofrämjande praktiker, lokalkännedom och samhällsorientering. Upplevda hälsoeffekter eller förhoppningar om sådana och det specifika verksamhetsupplägget var drivkrafter deltagarna hade för att besöka Hälsoteket.

**Diskussion:** För de intervjuade deltagarna utgör Hälsoteket en stödjande miljö för fysisk och psykosocial hälsa, genom anpassad aktivitet och sociala möten. Aktiviteten ökar det sociala deltagandet vilket kan bidra till en ökad känsla av sammanhang. Aktivitetens sociala betydelse var stor för deltagarna, vilket stöds av forskning som visar på sociala faktorerers betydelse för hälsa.

**Slutsats:** För de intervjuade deltagarna fyller Hälsoteket en funktion som hälsofrämjande social mötesplats, för ökad delaktighet i samhället och förbättrade levnadsvanor, genom möjligheter till fysisk aktivitet och som informationskälla.

**Nyckelord:** sociala ojämlikheter, hälsofrämjande, Hälsoteket i Angered, intervjuer, sociala faktorer

## ABSTRACT

**Introduction:** Reducing social inequality in health is a prioritized goal for public health on the global as well as the national and the local levels. Hälsoteket operates through health promotion to reduce inequality in health in the district of Angered in Göteborg, through the improvement of living habits and the wellbeing of the population.

**Aim:** The aim of the study was to evaluate Hälsoteket in Angered through its participants' subjective experiences. Subsidiary aims were to explore participants' perceptions and opinions about Hälsoteket in Angered, how they perceive the health impact of their participation and their motivations for participating.

**Method:** A qualitative method was used to fulfill the aim. Data collection was made through qualitative interviews with eight regular participants at Hälsoteket. The recorded material from the interviews was transcribed and analyzed with a manifest qualitative content analysis.

**Results:** Hälsoteket had a significant importance for the interviewed participants; through provision of opportunities for regular activity and the social meetings and resources the participation gave them. Hälsoteket worked as a knowledge source for the participants, about health practices and information about the local area and societal functions. Experienced health effects or hopes of such effects and the particular activities offered were motivating the participants to visit Hälsoteket.

**Discussion:** For the interviewed participants, Hälsoteket is a supportive environment for physical and psychosocial health, through its adapted activities and social meetings. The activity increases social participation, which might lead to an increased sense of coherence. The social part of the activity was of great importance for the participants, which is supported by research on the importance of social factors for health.

**Conclusion:** For the participants who were interviewed, Hälsoteket works as a health promoting social meeting point, to improve social participation and living habits, through the provision of possibilities of physical activity and as a source of information.

**Key words:** social inequalities, health promotion, Hälsoteket in Angered, interviews, social factors

## **FÖRORD**

Detta magisterarbete genomfördes under våren 2014 som en utvärdering av Hälsoverket i Angered, med kvalitativa intervjuer som datainsamlingsmetod.

Författaren önskar framföra sitt varmaste tack till de av verksamhetens deltagare som medverkade i studien och delade med sig av sin tid, sina erfarenheter och upplevelser, vilka var ovärderliga för denna uppsats tillblivelse.

Ett stort tack också till uppsatsens handledare Annika Jakobsson för värdefulla råd och gott stöd under arbetets gång.

Göteborg, maj 2014

Sofia Haby

## Innehållsförteckning

<b>Inledning</b>	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b>	<b>2</b>
<i>Social ojämlikhet i hälsa</i>	2
<i>Stödande miljöer för hälsa</i>	2
<i>Känsla av sammanhang och empowerment</i>	3
<i>Delaktighet och inflytande som mål i det svenska folkhälsoarbetet</i>	3
Socialt kapital och hälsa	4
Socialt stöd, sociala nätverk och hälsa	6
<i>Betydelsen av fysisk aktivitet</i>	7
<i>Social hållbarhet i Göteborg och Västra Götaland</i>	7
Angered	8
Hälsoteket i Angered	9
<i>Problemformulering</i>	10
<b>Syfte</b>	<b>11</b>
<b>Metod</b>	<b>11</b>
<i>Studiedesign</i>	11
<i>Urval</i>	11
Beskrivning av deltagare	12
<i>Tillvägagångssätt för datainsamling</i>	12
Beskrivning av intervjumaterialet	13
Transkribering	13
<i>Kvalitativ innehållsanalys</i>	13
Analysens genomförande	14
<i>Etiska överväganden</i>	15
<b>Resultat</b>	<b>16</b>
<i>Betydelsen av Hälsoteket i vardagslivet</i>	17
Regelbunden aktivitet	17
Tidsmässig tillgänglighet	17
Rumslig tillgänglighet	18
Sociala möten	19
Personalen som trygghet och stöd	19
Gemenskap och samhörighet	20
Positivt sammanhang	20
<i>Hälsoteket som kunskapskälla</i>	21
Hälsofrämjande kunskaper och praktiker	21
Ökad lokalkännedom	22
Förståelse	22
<i>Drivkrafter för att besöka Hälsoteket</i>	23
Hälsoeffekter	23
Verksamhetsupplägget	23
Anpassad aktivitetsintensitet	24
Vägar till Hälsoteket	24
Mäns deltagande	25
<b>Diskussion</b>	<b>25</b>
<i>Resultatdiskussion</i>	25
Betydelsen av regelbunden aktivitet	25
Hälsotekets sociala betydelse	27
Hälsotekets uppdragsmål	28
<i>Metoddiskussion</i>	30
<b>Slutsats</b>	<b>32</b>

<b>Referenser .....</b>	<b>34</b>
-------------------------	-----------

**Bilaga 1 - Informationsbrev till deltagare**

**Bilaga 2 - Frågeguide**

## Inledning

Världshälsoorganisationens (WHO:s) hälsodefinition från 1948 omfattar såväl en fysisk som en psykisk och social dimension och betonar att hälsa är något mer än att enbart vara fri från sjukdom eller funktionsnedsättning (WHO, 2003). Grupper, såväl som individer, hälsa påverkas av en mängd olika determinanter, vilka inkluderar såväl den sociala, ekonomiska och fysiska miljön i vilken personer vistas, som personers individuella egenskaper och beteenden (WHO, 2014).

År 2005 bildade WHO Kommissionen för sociala bestämningsfaktorer för hälsa, med uppgift att fokusera på möjligheterna att få till stånd jämlikhet i hälsa samt att bidra till en världsomspännande aktivitet för att uppnå denna (WHO, 2008). År 2008 presenterade kommissionen sina tre övergripande rekommendationer, vilka lyder;

- Förbättra förutsättningarna för människors dagliga liv
- Angripa den ojämlika fördelningen av makt, pengar och resurser – globalt, nationellt och lokalt
- Utveckla och använd metoder för att mäta och följa ojämlikheten i hälsa, utveckla kunskapsbasen, utbilda människor som är tränade att se hälsans sociala bestämningsfaktorer och utveckla människors medvetenhet om dessa

(WHO, 2008)

Det svenska folkhälsoarbetets övergripande mål anknyter till WHO:s målsättningar och är att åstadkomma möjligheter för hela befolkningen att på lika villkor kunna ha en god hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2014a). Hälsans determinanter grupperas i elva målområden, av vilka de följande är mest relevanta för det aktuella arbetet; Delaktighet och inflytande i samhället (målområde 1), Ekonomiska och sociala förutsättningar (2), Barn och ungas uppväxtvillkor (3), Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård (6), Fysisk aktivitet (9) och Matvanor och livsmedel (10) (Folkhälsomyndigheten, 2014a).

I stadsdelen Angered i Göteborg verkar Hälsoverket med uppdraget att ”minska ojämlikhet i hälsa med fokus på att förbättra befolkningens levnadsvanor och välbefinnande” (Göteborgs Stad Angered & Västra Götalandsregionen, 2013, s. 3). Hälsoverket ska arbeta hälsofrämjande för stadsdelens befolkning genom att bland annat verka för ökad fysisk aktivitet, bra matvanor och förbättrad psykisk hälsa.

På uppdrag av Hälsoverket i Angered genomfördes detta arbete under våren 2014 som en kvalitativ utvärdering under våren 2014, av en magisterstudent i folkhälsovetenskap på Göteborgs Universitet, med ett särskilt intresse och engagemang för sociala ojämlikheter i hälsa och möjliga sätt att minska dessa.

## Bakgrund

### Social ojämlikhet i hälsa

Det finns en social gradient i sjuklighet och dödlighet, där de med högre socioekonomisk status lever längre och friskare liv än de som befinner sig längre ner på den sociala stegen (Siegrist & Marmot, 2006). Den sociala gradienten varierar i storlek över livsrymden, mellan könen, i olika länder och kan variera beroende på vilken indikator på hälsa eller social ojämlikhet som används (Siegrist & Marmot, 2006). Marmot (2006) betonar vad han kallar statussyndromet, den relativa sociala positionens betydelse för hälsan, vilken han menar verkar genom graden av autonomi och vilket socialt deltagande en individ har samt dessas betydelse för dödlighet och sjuklighet. De traditionella förklaringsmodellerna för social ojämlikhet i hälsa är många och komplexa men kan någorlunda väl delas in i tre huvudsakliga kategorier, vilka fokuserar på antingen beteenden, materiella eller psykosociala förhållanden (Scambler, 2012). Sociologen Scambler (2012) föreslår att man betraktar ojämlikheter i hälsa som skapade av flöde av olika tillgångar, då flöden kan variera över tid och ett svagt flöde av en tillgång kan kompenseras genom ett starkare flöde av en annan tillgång. Tillgångar kan vara biologiska, psykologiska, sociala, kulturella, rumsliga, symboliska eller materiella.

I Sverige ökar medellivslängden stadigt för såväl kvinnor som män (Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut, 2013). En annan stadig utveckling är den ökade skillnaden i återstående medellivslängd mellan utbildningsgrupper. Denna uppgår till cirka fem år mellan de med förgymnasial jämfört med de med eftergymnasial utbildning, medan skillnaden mellan könen är drygt tre år oavsett utbildningsgrupp. Betydande riskfaktorer för dödlighet och sjuklighet visar ofta på sociala skillnader, exempelvis är stillasittande fritid, rökning samt övervikt och fetma vanligare i grupper med låg jämfört med de med högre utbildning (Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut, 2013).

### Stödjande miljöer för hälsa

Begreppet stödjande miljöer för hälsa utvecklades vid en WHO-konferens i Sundsvall och fokuserade på fyra dimensioner (Pellmer & Wramner, 2007). Dessa var den sociala, hur normer, vanor och sociala resurser påverkar hälsan, den politiska, vilken omfattar demokrati, mänskliga rättigheter, fred och decentralisering av ansvar och resurser, och den ekonomiska, vilken behandlar resursbehovet för att skapa hälsa för alla och en hållbar utveckling. Den fjärde dimensionen fokuserade på betydelsen av att inkludera världens kvinnor i alla sektorer och att främja en jämnare fördelning av makt och resurser mellan kvinnor och män (Pellmer & Wramner, 2007). Stödjande miljöer för hälsa definieras i Folkhälsovetenskapligt lexikon som ”miljöer som skyddar människor mot hälsohot och möjliggör att de utvecklar sin kapacitet, sitt självförtroende och sin hälsa” (Janlert & Folkhälsoinstitutet, 2000, s. 326). Stödjande miljöer för hälsa rör bland annat bostäder, lokalsamhälle och arbetsplatser och kan skapas genom fysiska, sociala, andliga, ekonomiska och politiska dimensioner (Ejlertsson, 2009). Stödjande miljöer för hälsa är en holistisk modell och kan utgöra både en approach och en infrastruktur för hälsoförbättringar (Dooris, 2009). En viktig faktor att beakta för



jämlikhetsmålet för folkhälsoarbete är vilka som rör sig i de miljöer som ska verka hälsofrämjande. Mer traditionella arenor att bedriva hälsofrämjande arbete på är exempelvis bostäder och arbetsplatser, men grupper som inte rör sig i dessa miljöer men är i stort behov av stödande miljöer riskerar då att uteslutas. För att minska ojämlikheter och öka inkludering bör även mindre traditionella miljöer inkluderas i det hälsofrämjande arbetet (Dooris, 2009).

## Känsla av sammanhang och empowerment

Antonovsky (1996) utvecklade och förordar en salutogen modell som teoribas i hälsofrämjande arbete och forskning. Denna modell ser hälsa som ett kontinuum, fokuserar friskfaktorer snarare än riskfaktorer och har personen eller gruppen som utgångspunkt, istället för sjukdom eller sjukdomsförekomst. Generella motståndsresurser (GMR) anses vara det som hjälper människor att hantera livsstressorer, med mer eller mindre bibehållen hälsa. Hälsofrämjande GMR teoretiseras i begreppet KASAM, Känsla Av Sammanhang. Detta består av delarna meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet. Meningsfullhet är en motiverande komponent som handlar om önskan och motivation att hantera en livsstressor. Begriplighet är en kognitiv komponent som handlar om att utmaningen är förståelig. Hanterbarhet handlar om en tro att tillräckligt med resurser finns att uppbringa för att hantera uppkommen livsstressor (Antonovsky, 1996). Ett högt KASAM har visats ha ett starkt samband med en god självskattad hälsa (Ejlertsson & Andersson, 2009). KASAM relaterar till begreppet empowerment, eller maktmobilisering, vilket innebär att öka människors förmågor till inflytande och påverkanskraft över sina liv (Ejlertsson & Andersson, 2009). Empowerment kan finnas på såväl individ- som samhällsnivå och sett utifrån ett individperspektiv handlar det om att öka den enskildes möjligheter till beslutsfattande och kontroll över sitt liv (Janlert & Folkhälsoinstitutet, 2000). I WHO:s Ottawamanifest från 1986 beskrivs hälsofrämjande arbete som en process av att möjliggöra människor att öka kontrollen över, och att förbättra, sin hälsa (WHO, 2014b). Hälsa ses som en resurs för vardagslivet och inte som ett mål i sig och det betonas att det hälsofrämjande arbetet går långt utanför hälso- och sjukvårdssektorns ansvar (WHO, 2014b).

## Delaktighet och inflytande som mål i det svenska folkhälsoarbetet

Målområde 1 för det svenska folkhälsoarbetet är delaktighet och inflytande i samhället, vilket inkluderar bestämningsfaktorer som demokratisk delaktighet, socialt och kulturellt deltagande, socialt och praktiskt stöd, självupplevd diskriminering och tillit, vilket innefattar tillit till medmänniskor såväl som myndigheter och riksdag (Folkhälsomyndigheten, 2014b). På samhällsnivå påverkas delaktighet och inflytande av faktorer som utbildningsnivå och ekonomiska villkor, vilka återfinns under folkhälsomålområde 2, Ekonomiska och sociala förutsättningar. För att minska ojämlikheter i hälsa ska särskilt fokus läggas på att förbättra möjligheterna till social och kulturell delaktighet och inflytande för barn, ungdomar, äldre och människor som befinner sig i socioekonomiskt utsatta situationer (Folkhälsomyndigheten, 2014b).

Det finns betydande skillnader i social delaktighet i olika befolkningsgrupper. I Nationella folkhälsoenkäten från 2013 uppgav 20 % av kvinnorna och 24 % av männen ett lågt socialt deltagande (Folkhälsomyndigheten, 2014c). Det fanns åldersskillnader, där det sociala deltagandet minskade i mängd med stigande ålder. Det fanns även en gradient i utbildningsnivå, där högt socialt deltagande var vanligare i högre utbildningsgrupper. Arbetslösa och personer med sjukpenning- eller ersättning uppgav lägre socialt deltagande än andra grupper. Utrikesfödda var i lägre utsträckning socialt delaktiga än personer födda i Sverige (Folkhälsomyndigheten, 2014c). En svensk litteratursammanställning har också visat på samband mellan socialt deltagande, socioekonomisk status och hälsotillstånd (Liljeberg, 2005). Låg social delaktighet visades i prospektiva kohortstudier ha samband med ökad risk för hjärtinfarkt, mindre östrogenbehandling bland kvinnor, rökning och lite fysisk aktivitet på fritiden. Att vara aktiv eller medlem i föreningar och nätverk visades ha ett visst positivt samband med hälsa på individnivå. I sammanställningen fanns också studier som på samhällsnivå fann en positiv effekt av deltagande i nätverk och föreningar, men utan att nödvändigtvis se en förbättring av den enskildes hälsa (Liljeberg, 2005). I en nyligen publicerad metaanalys av kohortstudier visades låg social delaktighet ha en stark koppling till mortalitet oavsett dödsorsak (Nyqvist, Pape, Pellfolk, Forsman, & Wahlbeck, 2014).

### Socialt kapital och hälsa

Socialt kapital definieras i Folkhälsovetenskapligt lexikon som ”tillgång i form av det förtroende och den ömsesidighet mellan medborgarna i ett samhälle som utgör underlaget för att man lever tillsammans och litar på varandra” (Janlert & Folkhälsoinstitutet, 2000, s. 310). Ett annat folkhälsovetenskapligt lexikon definierar begreppet som, översatt till svenska; processer och förhållanden mellan människor och organisationer som leder till uppfyllandet av ett mål av ömsesidig social fördel, vanligen karakteriserade av relaterade tillitsbegrepp, samarbete, civilt engagemang och ömsesidighet, förstärkt av nätverkande (Last, 2007). Begreppet är dock brett och omdiskuterat med många definitioner och varierande användningsområden i de olika vetenskapliga discipliner där det används (Eriksson, 2003). En av begreppets mest kända förespråkare, Robert Putnam, avser med socialt kapital olika egenskaper av social organisation såsom nätverk, normer och tillit, vilka han hävdar är av stor betydelse för en fungerande demokrati och ett effektivt samhälle genom det sociala kapitalets underlättande av samarbete (Putnam, Leonardi, & Nanetti, 1993). Socialt kapital kan användas som ett paraplybegrepp för indikatorer som tillit, sociala nätverk, socialt deltagande och socialt stöd (Nyqvist et al., 2014). Indikatorerna behandlas dock ofta separat och så kommer även att ske i detta arbete, där sociala nätverk och socialt stöd behandlas under nästa rubrik.

Socialt kapital finns på individuell såväl som kollektiv nivå och kan delas upp i *kulturellt/kognitivt socialt kapital*, innefattande interpersonell tillit, ömsesidighet och social tillit, och *strukturellt socialt kapital*, innefattande nätverk, socialt och civilt deltagande och kontakter (Hyypä, 2010). Socialt kapital kan vara *horisontellt* och *vertikalt*. Horisontellt socialt kapital kan i sin tur vara *bonding*, vilket är socialt kapital mellan likasinnade och starka band som mellan familjemedlemmar, nära vänner eller

grannar, och *bridging*, vilket är svagare band mellan människor som är mer olika och som består av formella eller informella öppna cirklar. Vertikalt socialt kapital är istället *linking* och hierarkiskt, ojämlikt och institutionellt (Hyypä, 2010).

En kunskapsöversikt från 2003 tar upp såväl positiva som negativa effekter av socialt kapital (Eriksson). Som positiva nämns bland annat dess funktion för social kontroll, familjestöd, förmåner genom nätverk utanför familjen, dess bidrag till att individer utvecklar positiva karaktärsdrag som gynnar hela samhället och dess betydelse för hälsa genom faktorer som exempelvis ökat socialt stöd, inflytande, kontroll och självtillit samt minskning av stress och nedbrytande biologiska processer. Negativa effekter som nämns är uteslutande av icke-medlemmar, överdrivna krav på framgångsrika gruppmedlemmar från andra i gruppen, restriktioner i den individuella friheten på grund av konformitet och en spiral av sjunkande moral inom grupper som formats baserat på utanförskap (Eriksson, 2003).

Grad av tillit är ett vanligt mått på socialt kapital (Folkhälsomyndigheten, 2014b; Kim, Subramanian, & Kawachi, 2008; Nyqvist et al., 2014; Rocco, Fumagalli, & Suhrcke, 2014). I Nationella Folkhälsoenkäten från 2013 uppgav 28 % av kvinnorna och 27 % av männen att de hade svårt att lita på andra (Folkhälsomyndigheten, 2014c). Det fanns en gradient i såväl utbildningsnivå som socioekonomisk status, där personer med enbart förgymnasial utbildning kände lägre tillit än de med högre utbildning och tjänstemän kände högre tillit än arbetare. Arbetslösa och personer med sjukersättning- eller penning kände lägre tillit än andra grupper och utrikesfödda lägre tillit än Sverige-födda, särskilt personer födda utanför Europa (Folkhälsomyndigheten, 2014c).

Det verkar finnas ett samband mellan ett gott socialt kapital och en god hälsa (Kim et al., 2008; Liljeberg, 2005; Rocco et al., 2014). Individuellt socialt kapital verkar vara en betydligt starkare hälsodeterminant än det på kollektiv nivå (Kim et al., 2008; Rocco et al., 2014). En systematisk litteraturöversikt som undersökte bland annat tillit som indikator på socialt sammanhang, fann en relativt konsekvent association med en bättre fysisk hälsa mätt med indikatorer som förväntad medellivslängd, självskattad hälsa, hjärt- och kärlsjukdom, cancer, övervikt och diabetes samt infektionssjukdomar (Kim et al., 2008). Sambandet var starkare för självskattad hälsa än för andra indikatorer. Hälsoeffekten av socialt kapital verkar mindre betydelsefull i samhällen där resursfördelningen är jämnare, jämfört med ojämlika samhällen (Kim et al., 2008). En omfattande europeisk studie visar att självskattad hälsa och socialt kapital mätt som tillit, kausalt och positivt påverkar och förstärker varandra (Rocco et al., 2014). Visst stöd finns för en association mellan hög grad av tillit och lägre dödlighet (Kim et al., 2008; Nyqvist et al., 2014; Uphoff, Pickett, Cabieses, Small, & Wright, 2013).

En systematisk översikt från 2013 som undersökte samband mellan socialt kapital, huvudsakligen mätt som tillit, och socioekonomisk ojämlikhet i hälsa fann att dessa relaterar till varandra (Uphoff et al.). Översikten fann också att socialt kapital, särskilt bonding socialt kapital i nära relationer och sammanhållna grupper, verkade kunna minska negativa hälsoeffekter av låg socioekonomisk status. Detta gällde främst socialt kapital på individnivå och effekten var starkast i underprivilegierade grupper och bland etniska minoriteter, där en oväntat god hälsa, betraktades en låg socioekonomisk

status, kunde rapporteras. Visst stöd fanns också för samband mellan högt socialt kapital och lägre sjuklighet, bättre hälsobeteenden och bättre psykisk hälsa. Översikten fann också att underprivilegierade grupper kan uppleva hinder i att erhålla och använda socialt kapital (Uphoff et al., 2013).

### Socialt stöd, sociala nätverk och hälsa

Socialt stöd beskrivs i Folkhälsovetenskapligt lexikon som ”praktiskt och emotionellt stöd från andra personer i situationer av yttre påfrestning” (Janlert & Folkhälsoinstitutet, 2000, s. 310). Uchino (2004) beskriver fyra typer av socialt stöd; emotionellt genom tröst och omvårdnad, informationsstöd genom att ha någon som ger råd och vägledning, handgripligt stöd genom att kunna låna resurser man behöver och tillhörighetsstöd genom delande av sociala aktiviteter, vilket skapar en känsla av tillhörighet. Socialt stöd har två dimensioner, av vilka den första är den strukturella som handlar om hur en individs nätverk ser ut och hur individen interagerar med det, inkluderande karakteristika som storlek, kontaktfrekvens, medlemskap i lokala grupper och civilstånd (Barth, Schneider, & Von Känel, 2010). Den andra dimensionen är funktionell och handlar om vad individen får ut av nätverket i form av hjälp och uppmuntran av instrumentellt, finansiellt, informativt och emotionellt slag samt i form av uppskattning (Barth et al., 2010). Sociala nätverk definieras i Folkhälsovetenskapligt lexikon som ”människors sociala relationer i ett samhälle, ur såväl kvantitativ som kvalitativ synpunkt” (Janlert & Folkhälsoinstitutet, 2000, s. 310).

I Nationella folkhälsoenkäten från 2013 uppgav 11 % av kvinnorna och 14 % av männen att de saknade tillgång till emotionellt stöd (Folkhälsomyndigheten, 2014c). Motsvarande siffror för praktiskt stöd var 5 % bland kvinnorna och 6 % bland männen. Det var vanligare att sakna emotionellt såväl som praktiskt stöd bland personer födda utanför Sverige, jämfört med personer födda i landet. Det var vanligare att sakna tillgång till emotionellt stöd bland personer med låg socioekonomisk status och det var särskilt märkbart bland män, där 17 % av arbetarna uppgav avsaknad av emotionellt stöd, jämfört med 11 % av kvinnorna. Det var vanligare bland personer med sjukpenning- eller ersättning och arbetslösa att sakna emotionellt stöd, än bland de som arbetade, praktiserade eller studerade, vilket också gällde för tillgång till praktiskt stöd (Folkhälsomyndigheten, 2014c). Även i litteraturgenomgångar har framkommit att personer med låg socioekonomisk status upplever sig som mer socialt isolerade (Sjögren & Kristenson, 2002). Där framkom även att män upplevde en bättre tillgång till sociala nätverk, medan kvinnor rapporterade bättre tillgång till socialt stöd (Sjögren & Kristenson, 2002).

Sociala faktorer, mätt med olika mått, har i flera studier visats ha betydelse för mortalitet och morbiditet i befolkningen. En metaanalys från 2010 som undersökte mortalitet fann en robust 50 % ökning i överlevnad bland personer med tillfredsställande sociala relationer (Holt-Lunstad, Smith, & Layton). Metaanalys av kohortstudier har visat på hur ett gott socialt nätverk har viss betydelse för mortalitet, dock hittades där inget samband med självskattat socialt stöd (Nyqvist et al., 2014). En litteraturgenomgång från 2002 fann att social isolering ökar risken för mortalitet och

sjukdom hos såväl kvinnor som män (Sjögren & Kristenson). Ett bristfälligt socialt stöd befanns viktigare för kvinnors hälsoutveckling, särskilt för självskattad hälsa, medan dåliga sociala nätverk verkade ha en skadligare effekt för män, i synnerhet för mortalitet (Sjögren & Kristenson, 2002).

I en översikt från 2004 verkade socialt stöd ha en liten men tydlig effekt på mortalitet oavsett orsak och även specifikt till dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom (Uchino). I metaanalys av prospektiva studier har en viss association hittats mellan lågt funktionellt stöd och uppkomst av kranskärslsjukdom i friska populationer (Barth et al., 2010). Ingen association fanns mellan lågt strukturellt stöd och hjärtinfarkt bland friska. Bland redan diagnosticerade sågs lågt funktionellt stöd ha en negativ påverkan på såväl allmän dödlighet som den specifikt i hjärtsjukdom. Sambandet mellan bristfälligt strukturellt stöd och dödlighet hos patienter med kranskärslsjukdom var oklart (Barth et al., 2010). I en metaanalys från 2010 sågs ett självskattat gott socialt stöd ge 25 % minskning i relativ risk i cancerdödlighet, medan det sociala nätverkets storlek bidrog till 20 % minskning (Pinquart & Duberstein). I en systematisk översikt från 2009 hittades en association mellan socialt stöd, i synnerhet strukturellt sådant, och bröstcancerprogression, medan sambandet mellan socialt stöd och andra cancerformer var mer oklart (Nausheen, Gidron, Peveler, & Moss-Morris).

### Betydelsen av fysisk aktivitet

Fysisk inaktivitet beräknas vara den fjärde mest betydande riskfaktorn för dödlighet globalt sett och orsak till 6 % av den globala dödligheten (WHO, 2010). Fysisk aktivitet har befunnits minska risken för hjärtsjukdom, stroke, diabetes, hypertoni, tarm- och bröstcancer och depression och mot denna bakgrund kom 2010 WHO:s rekommendationer för fysisk aktivitet för hälsa (WHO). På dessa grundar sig de svenska rekommendationerna som i korthet går ut på att alla vuxna ska röra sig minst 150 minuter i veckan på minst måttlig nivå och undvika långvarigt stillasittande (Folkhälsomyndigheten, 2013). Omkring halva den svenska befolkningen uppger att de rör sig i enlighet med rekommendationerna (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Arbetslösa, personer med sjukersättning och de med svag ekonomi uppger en lägre aktivitetsnivå än andra grupper (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Att ha en stillasittande fritid är vanligare i grupper med kort jämfört med de med längre utbildning (Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut, 2013). Mot bakgrund av den stora betydelsen av såväl ökad fysisk aktivitet som minskat stillasittande för både den fysiska och psykiska hälsan, kan man i Sverige bli ordinerad FaR, fysisk aktivitet på recept (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Ordinationen är utformad för och i samråd med individen och kan förskrivas av all hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens (Statens folkhälsoinstitut, 2011).

### Social hållbarhet i Göteborg och Västra Götaland

Inspirerade av resultatet av WHO:s kommission för sociala bestämningsfaktorer för hälsa beslutade kommunfullmäktige i Göteborg i budgeten för år 2013 att anta ett särskilt fokus på social hållbarhet och att minska skillnader i livsvillkor och hälsa, vilket

kvarstår även i 2014 års budget (Göteborgs Stad, 2014). Under våren 2014 presenterades en delrapport som sammanfattade situationen i staden och gav vissa rekommendationer för hur arbete kan genomföras för att öka stadens sociala hållbarhet. Rapporten visar bland annat att de relativa skillnaderna i hälsa och livsvillkor över tid har ökat eller är oförändrade, såväl mellan invånargrupper som stadsdelar i Göteborg. I staden varierar medellivslängden med 7,5 år för kvinnor och 9,1 år för män, mellan de geografiska områdena med lägst respektive högst medellivslängd. Grupper med kort utbildning befanns ha betydligt sämre självskattad hälsa än högtutbildade och kvinnor uppgav sämre hälsa än män (Göteborgs Stad, 2014).

År 2011 presenterades en beräkning av de årliga kostnaderna för Västra Götalandsregionens ojämlikhet i hälsa (Calidoni, Christiansson, & Henriksson). Det beräknade resultat var en förlust bestående av 1600 förtida dödsfall, mer än 27 000 förlorade levnadsår, ett 2,2 miljarder kronors produktionsbortfall och en förlust i hälsa som motsvarade 13,9 miljarder. Författarna menar på att ”oberoende av moralisk utgångspunkt kvalificerar denna kostnad ojämlikhet i hälsa till ett av de stora samhällsekonomiska problemen idag” (Calidoni et al., 2011, s. 4).

## Angered

Angered är en stadsdel (SDN) i nordöstra Göteborg med 49 174 invånare (2012) (Göteborgs stadsledningskontor, 2013a). Nedan (se tabell 1 och 2) presenteras några socioekonomiska och hälsorelaterade indikatorer för stadsdelen jämfört med staden som helhet, påpekas bör dock att det finns betydande skillnader mellan stadsdelen Angereds olika områden (Göteborgs stadsledningskontor, 2013a).

*Tabell 1. Indikatorer på socioekonomi i stadsdelen Angered och Göteborg.*

	Angered	Göteborg
<b>Öppet arbetslösa eller i program med aktivitetsstöd (2012)</b>	14,2 %	7,1 %
<b>Ohälsotal (ersatta dagar/person (2012))</b>	36,1	25,3
<b>Familjer med försörjningsstöd (2011)</b>	18,5 %	6,6 %
<b>Medelinkomst i kr (2011)</b>	177 000	254 800 (Göteborgs stadsledningskontor, 2013b)
Övrigt ovan, källa: (Göteborgs stadsledningskontor, 2013a)		



Tabell 2. Återstående medellivslängd.

	Angered	Göteborg	Stadsdel med högst medellålder
<b>Återstående medellivslängd, kvinnor (2008-2012)</b>	81,72 år	83,13 år	Centrum 84,47 år
<b>Återstående medellivslängd, män (2008-2012)</b>	77,49 år	78,92 år	Västra Göteborg 81,1 år
(Göteborgs Stad, 2012)			

### Hälsoteket i Angered

I oktober 2004 beslutade stadsdelsnämnderna i Gunnared och Lärjedalen (nuvarande SDN Angered) och Hälso- och sjukvårdsnämnd 12 Nord-Östra Göteborg att gemensamt börja arbeta för ett hälsotek i Angered, vilket öppnade i maj 2005 (Moberg, 2008).

Hälsotekets uppdrag är att:

- skapa möjligheter för människor att ta ett större eget ansvar för sin hälsa och göra hälsosamma val.
- göra hälsoinformation lättillgänglig och förståelig i ett mångkulturellt samhälle.
- bedriva uppsökande verksamhet för att sprida information till befolkningsgrupper som är svåra att nå.

(De Cal, 2013)

I en bilaga till Avtal om folkhälsoinsatser i Angered, undertecknat 2013, fastslogs att ”Hälsoteket verkar för att minska ojämlikhet i hälsa med fokus på att förbättra befolkningens levnadsvanor och välbefinnande. Hälsoteket arbetar bland annat för ökad fysisk aktivitet, goda matvanor, tobaksstopp och en god psykisk hälsa.” (Göteborgs Stad Angered & Västra Götalandsregionen, s. 3). På Hälsoteket arbetar tre hälsoinformatörer 100 % vardera, varav en med samordnarfunktion, och tre sjukgymnaster som delar på en sjukgymnasttjänst på 175 %, av vilken 100 % riktas till vuxna och 75 % mot familj, barn och ungdom<sup>1</sup>. Alla anställda är kvinnor (Hälsoteket i Angered, 2013). Hälsoteket i Angered riktar sig med sin verksamhet till både vuxna, barn och ungdomar och erbjuder bland annat samtal om hälsa och FaR (Fysisk aktivitet på Recept), kurser där man har möjlighet att fördjupa sig i exempelvis basal kroppskännedom och stresshantering, drop-in-gruppträningar på varierande lågintensiv nivå och vissa sociala aktiviteter och evenemang såsom temadagar på olika ämnen (Hälsoteket i Angered, 2013). Vissa av gruppträningarna riktar sig specifikt till kvinnor eller män och några aktiviteter är för barn och ungdomar. Aktiviteterna sker på dagtid, främst i Hälsotekets lokaler eller i andra lokaler verksamheten lånar i Angered Centrum, och vissa aktiviteter sker i andra områden i stadsdelen (Hälsoteket i Angered, 2013). Ett av verksamhetsmålen för sjukgymnasternas vuxeninriktade arbete på Hälsoteket är att deltagare ska slussas vidare till andra föreningar eller friskvårdsanläggningar, och försök till detta görs genom att

<sup>1</sup> Emma De Cal, samordnare på Hälsoteket i Angered, den 10 april 2014.

man samverkar med och genomför vissa aktiviteter på konventionella friskvårdsanläggningar (Skoglund, 2014). Den uppsökande verksamheten bedrivs främst i form av hälsoinformationsföreläsningar och information om Hälsoverket på verksamheter och föreningar som exempelvis SFI- och folkhögskolor och kvinnoorganisationer (De Cal, 2013). Verksamheten bedrivs enligt de tre grundprinciperna gratis, frivilligt och anonymt (De Cal, 2013). På grund av dessa förutsättningar för deltagande förs statistik över besökare i form av deltagartillfällen, vilka under 2013 uppgick till ungefär 9 000, varav ungefär 1 000 var män och 936 nybesök (De Cal, 2014). Deltagartillfällen omfattar såväl tränings- som sociala aktiviteter och även uppsökande information och föreläsningar (De Cal, 2014).

År 2008 genomförde Contextio Ethnographic en utvärdering av Hälsoverkets tre första år (Moberg, 2008). I denna framkom att verksamheten helt eller delvis lyckats uppnå målsättningarna i uppdraget (se punktlistan ovan) (Moberg, 2008). En kandidatuppsats i folkhälsovetenskap har även utvärderat Hälsoverket ur männens perspektiv (Shirazi, 2013). I den framkom att verksamheten kunde erbjuda manliga besökare en stödjande miljö som främjade såväl fysisk som psykosocial hälsa och att deltagandet ökade männens hälsomedvetenhet och förmåga att ta ansvar för den egna hälsan. Hinder för deltagande som framkom var att det låga antalet manliga deltagare upplevdes som avskräckande och att lokalerna var små och på andra sätt begränsande (Shirazi, 2013). Redan år 2007 skrevs en magisteruppsats i hushållsvetenskap som undersökte hälsorelaterade beteenden och Hälsoverket i Angered (Tuomi). I denna framkom bland annat att tidpunkten, det egna intresset och platsen för aktiviteten var betydande faktorer för att de intervjuade skulle besöka Hälsoverket (Tuomi, 2007).

## Problemformulering

Det finns en social gradient i hälsa, där grupper med hög socioekonomisk status lever både längre och friskare liv än de med lägre utbildning och sämre ekonomi (Siegrist & Marmot, 2006). I Göteborg finns skillnader på mer än nio år i förväntad medellivslängd i olika geografiska områden i staden (Göteborgs Stad, 2014). Att minska sociala ojämlikheter i hälsa är uttalade mål för folkhälsoarbetet på såväl global och nationell som kommunal nivå (Folkhälsomyndigheten, 2014a; Göteborgs Stad, 2014; WHO, 2008). Social ojämlikhet i hälsa är inte bara ett problem i sig, utan kan också beräknas ge betydande kostnader och inkomstbortfall för samhället (Calidoni et al., 2011). Empowerment och stödjande miljöer för hälsa är centrala begrepp i det hälsofrämjande arbetet, vilka syftar till att öka människors egna möjligheter att påverka sin hälsa. I stadsdelen Angered i Göteborg finns Hälsoverket, vilket verkar med uppdraget att ”minska ojämlikhet i hälsa med fokus på att förbättra befolkningens levnadsvanor och välbefinnande” (Göteborgs Stad Angered & Västra Götalandsregionen, 2013, s. 3). År 2008 genomfördes en extern utvärdering av Hälsoverkets tre första verksamhetsår där det framkom att verksamheten helt eller delvis uppfyllde sina målsättningar (Moberg). Verksamheten har dock genomgått en del förändringar sedan dess, varför det är viktigt att återigen utvärdera hur verksamheten uppfyller sina mål. Det är betydelsefullt att genomföra en studie som utgår helt ifrån deltagarnas perspektiv och undersöker deras uppfattningar och åsikter om verksamheten, vilken betydelse den bedöms ha för den



egna hälsan och vilka motivationer deltagare har för att delta i Hälsovetekets aktiviteter. Denna kunskap är betydelsefull för att verksamheten ska kunna fortsätta sitt arbete med målet att minska ojämlikhet i hälsa.

## Syfte

Studiens syfte var att utvärdera Hälsoveteket i Angered genom deltagares subjektiva upplevelser. Studiens delsyften var att undersöka deltagares uppfattningar och åsikter om Hälsoveteket i Angered, vilken betydelse deltagandet i verksamheten bedöms ha för den egna hälsan samt deltagares motivationer för att delta.

## Metod

### Studiedesign

Studiens syfte var att utvärdera en hälsofrämjande verksamhet ur deltagarnas perspektiv. Därför lämpade sig en kvalitativ metod bäst, då den kan generera en mångfald av information som inte kan fås fram på annat sätt (Berg & Bjärås, 1996). Studien hade en induktiv ansats då utgångspunkten var empirisk och datainsamling och -analys skedde förutsättningslöst, utan förutbestämda teorier eller kategorier (Dahlgren, Emmelin, & Winkvist, 2007). Detta präglade studiens genomförande i såväl datainsamling som analys. Syftet var att utvärdera en hälsofrämjande verksamhet ur deltagarnas perspektiv och därför valdes individuella intervjuer som datainsamlingsmetod, då de ger goda möjligheter att få fördjupade svar (Berg & Bjärås, 1996).

Detta arbete genomfördes i sin helhet av en student på magisternivå vid ett folkhälsovetenskapligt universitetsprogram, med viss erfarenhet av att genomföra intervjuer. Denna var en vit kvinna i 25-årsåldern med medelklassbakgrund och hon var inte bosatt eller aktiv i samma område som informanterna, annat än för den aktuella studien. I kvalitativ forskning sker datainsamlingen i nära kontakt med deltagarna och det är därför särskilt viktigt att vara medveten om forskarens bakgrund och erfarenheter i såväl datainsamlings- som analysfas (Britten, 2007; Graneheim & Lundman, 2004).

### Urval

Deltagare rekryterades i anslutning till Hälsovetekets aktivitetstillfällen. Detta rekryteringssätt var det enda möjliga då register över deltagare inte finns på grund av verksamhetens anonymitetsprincip. Ett ändamålsenligt urval med variation vad gäller deltagare eftersträvades genom spridning av rekryteringsförsöken, men inslag fanns också av bekvämlighetsurval (Dahlgren et al., 2007). Detta då möjlighet inte fanns att göra ett urval bland de intresserade, utan slutligen intervjuades alla som anmälde sitt intresse att delta. För att få en variation av deltagare gjordes rekryteringsförsök i anslutning till olika sorters aktiviteter, på olika intensitetsnivå och på olika geografiska

platser i Angeredsområdet. Författaren deltog också under några aktivitetstillfällen, för att vara ett inte helt obekant ansikte för deltagarna samt för att få en viss praktisk inblick i verksamheten.

Totalt deltog författaren på åtta aktivitetstillfällen, såväl sociala som träningsaktiviteter, av vilka två tillfällen var samma aktivitetsform. Dessa aktiviteter genomfördes i fem olika lokaler, tre i Angereds centrumområde och två i andra delar av Angeredsområdet. Intresset för deltagande varierade i de olika grupperna och de intervjuade deltagarna kom slutligen från tre olika aktiviteter. Av dessa deltog dock några i flertalet aktiviteter, varför en mångfald av erfarenhet fanns per person. Hälsotekets aktiviteter besöks huvudsakligen av kvinnor och de fem först inbokade intervjuerna var alla med kvinnor, varför ett sista rekryteringsförsök gjordes på en aktivitet där mäns deltagande var större än i de flesta andra aktiviteter. Vid detta rekryteringsförsök nämndes att manliga deltagare var särskilt eftersökta. Vid rekryteringstillfällena försågs potentiella informanter med ett informationsblad om studien, dess syfte och tillvägagångssätt, samt författarens kontaktuppgifter (se bilaga 1).

### Beskrivning av deltagare

Sju av de intervjuade deltagarna var kvinnor och en man. Medelåldern på deltagarna var 62 år och ingen var yngre än 40 år. Deltagarna bodde i olika delar av Angeredsområdet, några själva och några med familj. Några av de intervjuade hade svenska som modersmål och några hade andra språk, men alla intervjuer genomfördes på svenska och förståelsen mellan deltagare och författare var god. Deltagarna hade bott i Angeredsområdet mellan tre och 41 år och deltagit i Hälsotekets aktiviteter i Angered mellan cirka 1,5 och tio år, med eller utan uppehåll. Hälsotekets målgrupp är personer som är daglediga och därför schemaläggs aktiviteterna vardagar på dagtid. Således är de intervjuade deltagarna i någon mån daglediga, på grund av ålder eller andra orsaker. Vissa av deltagarna besökte i princip bara ett aktivitetstillfälle i veckan regelbundet, medan andra brukade gå på flera aktiviteter i veckan. Vissa deltagare refererade under intervjun därför enbart till den enda aktivitet de besökte, medan andra besökte ett större utbud av Hälsotekets aktiviteter och då refererade mer till ett större utbud av aktiviteter och verksamheten som helhet. Vissa deltagare hade även besökt Hälsoteket i Östra Göteborg, men utsagorna i den aktuella studien avser enbart Hälsoteket i Angered.

### Tillvägagångssätt för datainsamling

Intervjuerna genomfördes i Hälsotekets lokaler i Angered centrum, efter att författaren informerat om studien, dess syfte och genomförande. Efter deltagarnas godkännande, spelades intervjuerna in på programmet Garageband på författarens egen bärbara dator, inspelningar vilka endast denne hade tillgång till, vilket deltagarna också informerades om. Under intervjuerna användes en semistrukturerad intervjuguide med öppna frågor (se bilaga 2), som vid behov kunde kompletteras med följdfrågor (Britten, 2007). Intervjuguiden följdes i den mån det var nödvändigt för att få fram information som relaterade till studiens syfte, ibland mer, ibland mindre, strikt. Intervjuguiden

utformades med inspiration från målformuleringarna för Hälsovetekets uppdrag, vilka presenterades i bakgrunden. Vid något tillfälle återkom en deltagare dagen efter via telefon för att tillägga information som inte framkommit vid intervjutillfället. Denna information skrevs ner av författaren och inkluderades i studiens datamaterial.

### Beskrivning av intervjumaterialet

Studiens resultat är baserade på sju intervjuer med totalt åtta deltagare i aktiviteterna på Hälsoveteket i Angered. Två deltagare föredrog att intervjuas tillsammans för att kunna stödja varandra med språket, ett erbjudande som givits potentiella informanter för att möjliggöra inkludering av så många deltagare som möjligt. Intervjuerna pågick mellan cirka 17 och 41 minuter, med en medeltid på ungefär 31 minuter och en total tid på cirka 217 minuter.

### Transkribering

Författaren transkriberade själv alla sju intervjuerna och transkriberingarna lästes sedan igenom till ljudinspelningen för att garantera överensstämmelse. Denna var god, även om några små justeringar av mycket liten betydelse för helhetsförståelsen gjordes. Vid ett fåtal tillfällen uppstod svårigheter för författaren att höra vad som sades på inspelningen och dessa ord eller mindre passager har då markerats på lämpligt sätt i transkriberingen. Citaten som förekommer i resultatdelen har justeras något för läsbarhetens och förståelsens skull, exempelvis genom att intervjuares hummanden och ord som varit ohörbara på inspelningen tagits bort, när det varit utan betydelse för sammanhanget.

### Kvalitativ innehållsanalys

För att besvara studiens syfte valdes en kvalitativ innehållsanalys, vilken består av systematisk tolkning av text genom en klassificeringsprocess av att koda och identifiera teman eller mönster (Hsieh & Shannon, 2005). Denna valdes därför att det är en flexibel metod för att utveckla och fördjupa kunskap om mänskliga erfarenheter av hälsa och ohälsa (Hsieh & Shannon, 2005).

Då det var deltagarnas unika perspektiv som eftersträvades i studien genomfördes den kvalitativa innehållsanalysen på konventionellt sätt, genom att kunskap genereras induktivt och de funna kategorierna är grundade direkt i data. Det leder till en rikare förståelse för det undersökta fenomenet, till skillnad från om man antar ett riktat eller summativt perspektiv, där analys genomförs utifrån förutbestämda teorier eller kategorier baserade på tidigare forskning (Hsieh & Shannon, 2005). Kvalitativ innehållsanalys var, trots att den har begränsade möjligheter att utveckla ny teori eller en förfinad förståelse av människors upplevelser, den metod som lämpade sig bäst för den aktuella frågeställningen som var av en mer allmän karaktär och där relativt lite information fanns tillgänglig på förhand (Hsieh & Shannon, 2005).

Då analysprocessen syftade till att undersöka vad texten sade och behandla dess synliga och uppenbara delar genomfördes en kvalitativ manifest innehållsanalys, med inspiration från Graneheim och Lundman (2004). En latent analys var inte aktuell i detta fall då studiens syfte var att undersöka deltagares egna uppfattningar och åsikter så som de beskrevs av de själva, och inte att tolka eventuella underliggande meningar. Såväl manifest som latent kvalitativ innehållsanalys innefattar dock tolkning och abstraktion, även om dessa varierar i grad och djup. Ett annat antagande som bör uppmärksammas är det faktum att en verklighet kan tolkas på många olika sätt och att ett mått av subjektivitet alltid är närvarande i en kvalitativ analysprocess (Graneheim & Lundman, 2004).

### Analysens genomförande

Den valda analysenheten utgjordes av de kompletta intervjutranskriberingarna, i linje med rekommendationer från litteraturen (Graneheim & Lundman, 2004). Analysen påbörjades genom att intervjutranskriberingarna lästes igenom i sin helhet samtidigt som intervjuerna lyssnades igenom, för att få en generell uppfattning av deras innehåll, samtidigt som transkriberingarna kontrollerades för sin riktighet. Därefter lästes de sju transkriberingarna igenom i tur och ordning och meningsbärande enheter relevanta för studiens syfte togs ut med hjälp av överstrykningspenna och fördes in i en tabell. För exempel på analysprocessen, se nedan (tabell 3). De meningsbärande enheterna utgjordes av kortare textdelar ”innehållande aspekter som relaterar till varandra genom sitt innehåll eller kontext” (Graneheim & Lundman, 2004, s. 106). De meningsbärande enheterna i tabellen kondenserades sedan, vilket innebär att de kortas ned utan att meningen i dem försvinner. Under denna del av analysprocessen och även i senare faser uteslöts ett fåtal meningsbärande enheter som inte bedömdes relatera till studiens syfte. Det kondenserade innehållet i tabellen abstraherades sedan genom att de fick etiketter i form av koder, vilka sedan utgjorde innehållet i de olika kategorier som i analysprocessen uppkom i form av grupper av innehåll som liknade varandra. Kategorierna kunde identifieras som en tråd genom koderna. Kategoriseringen var en dynamisk process och kategorier och underkategorier omformulerades under denna process gång. Under hela analysprocessen togs hänsyn till kontexten i vilken utvalda analysenheter förekommer (Graneheim & Lundman, 2004). Kodningsprocessen är av stor betydelse för en kvalitativ studies resultat (Hsieh & Shannon, 2005), varför den tilläts ta mycket tid i anspråk.

Tabell 3. Exempel från analysprocessen.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Kategori	Huvudkategori
känner mig som jag hade almanacka var jag ska gå varje dag.. ungefär.. ibland jag kommer inte fem dagar.. tre dagar minst per vecka jag är aktiv här	Möjligheterna till aktiviteter att gå på känns som att ha almanacka	Skönt att ha struktur och veta vad man ska göra	Regelbunden aktivitet	Betydelsen av Hälsoverket i vardagslivet
informationen jag önskar att den fanns på flera olika språk för folk skulle förstå bättre.. jag önskar att det fanns också.. hade vart lättare folk som kommer hit som inte kan så bra svenska.. kunna förstå bättre	Önskar att informationen fanns på fler språk för de som inte kan så bra svenska, för att de ska förstå bättre	Önskar flerspråkig information	Förståelse	Hälsoverket som kunskapskälla

### Etiska överväganden

I den aktuella studien beaktades de fyra etiska grundprinciper som folkhälsovetenskaplig forskning bör grundas på; autonomi-, inte skada-, göra gott- och rättvis-principerna (Dahlgren et al., 2007). Autonomi- och inte skada-principen beaktades genom att deltagande var helt frivilligt och att forskningsetiska principer beaktades genom att deltagarna innan intervjuernas början såväl muntligen som skriftligen informerades om studiens syfte, ansvariga och att deltagandet när som helst kunde avbrytas (CODEX, 2013). I den skriftliga informationen som delades ut innan intervjutillfällen bokades in fanns kontaktuppgifter till författaren, om deltagare skulle ha frågor eller synpunkter. När information delgivits potentiella deltagare gav dessa muntligen sitt informerade samtycke innan intervjuerna tog sin början (CODEX, 2013). Göra gott- och rättvisprinciperna kan anses uppfyllda genom att den aktuella studien i det långa loppet hoppas kunna bidra till förbättrad hälsa och minskad social ojämlikhet i hälsa, genom ökad förståelse för den undersökta verksamheten och deltagarnas egna perspektiv på denna.

## Resultat

I de sju intervjuerna framkom att Hälsoverket hade en märkbar betydelse för deltagarna i deras vardagsliv, både genom möjligheterna till regelbunden aktivitet under dagarna och genom de sociala möten som deltagandet innebar. Den sociala betydelsen var stor och omfattade både personalens stöd, gemenskapen med de andra deltagarna och det positiva sammanhang som verksamheten upplevdes utgöra. Då deltagarna upplevde Hälsoverkets betydelse som stor, uppfattades de tidsmässiga och rumsliga hinder som fanns för den regelbundna aktiviteten som negativa. Hälsoverket fyllde en funktion som kunskapskälla för deltagarna som fått med sig hälsofrämjande kunskaper och praktiker från sitt deltagande i verksamheten. Deltagare berättade också om hur deras lokalkännedom ökat, både lokalt i Angered och i Göteborgs centralare delar. Hälsoverkets information och föreläsningar upplevdes mestadels som lättförståeliga och informativa. Deltagare upplevde olika drivkrafter för att besöka Hälsoverket. Dessa innefattade såväl fysiska och psykiska hälsoeffekter, som verksamhetsupplägget med aktivitet som upplevdes anpassad för deras särskilda behov. Personliga rekommendationer från vänner eller hälso- och sjukvårdspersonal trodde deltagarna var det mest framgångsrika sättet att få fler deltagare till Hälsoverket. Män deltar i aktiviteterna i betydligt lägre grad än kvinnor och det fanns varierande tankar om hur verksamheten skulle kunna locka fler män. Resultatet sammanfattas i tabellform nedan (tabell 4).

Tabell 4. Sammanfattning av resultatet.

Huvudkategori	Kategori	Underkategori
Betydelsen av Hälsoverket i vardagslivet	Regelbunden aktivitet	Tidsmässig tillgänglighet
		Rumslig tillgänglighet
	Sociala möten	Personalen som trygghet och stöd
		Gemenskap och samhörighet
		Positivt sammanhang
Hälsoverket som kunskapskälla	Hälsofrämjande kunskaper och praktiker	
	Ökad lokalkännedom	
	Förståelse	
Drivkrafter för att besöka Hälsoverket	Hälsoeffekter	
	Verksamhetsupplägget	Anpassad aktivitet
	Vägar till Hälsoverket	Mäns deltagande

## Betydelsen av Hälsoteket i vardagslivet

Deltagarna upplevde att Hälsoteket betydde mycket för dem i deras vardagsliv, bland annat genom de möjligheter till regelbunden aktivitet som verksamheten erbjöd, både aktiviteterna i sig och det faktum att de erbjöd sysselsättning och rutiner i vardagen. En annan viktig del för deltagarna var det positiva sammanhanget och de sociala möten de fick i verksamheten, både gemenskapen med de andra deltagarna och med personalen, som upplevdes som en trygghet och källa till socialt och praktiskt stöd.

### Regelbunden aktivitet

I intervjuerna framkom betydelsen av regelbunden aktivitet mycket tydligt. Möjligheter till aktivitet fyra av veckans dagar upplevdes av deltagare ha en positiv effekt såväl fysiskt som psykiskt. Det framkom att deltagarna tyckte att det var skönt att ha struktur och positiva rutiner i veckan. Aktiviteterna utgjorde ett sätt att aktivera och skapa sysselsättning åt sig, och deltagarna uttryckte att det skulle vara mycket tomt utan Hälsoteket.

*istället att jobba man går till Hälsoteket! (skratt) // jag går väldigt regelbundet // nånting som går parallellt med livet.. vet du.. att man tränar.. det är väldigt viktigt faktiskt Hälsoteket*

(Intervju 1)

Deltagarna menade vidare att aktiviteterna gjorde att de tvingades gå hemifrån och komma ut och vara sociala, att träna och göra någonting nyttigt som de mätte bra av. De pekade också på fördelen av att aktiviteten var hälsosam, till skillnad från andra aktiviteter som fanns i samhället. Det uppfattades också som lättare att få träning genomförd om man gick iväg till ett pass en bestämd tid, än att försöka träna hemma med familjen närvarande.

### Tidsmässig tillgänglighet

Då möjligheter till regelbunden aktivitet var mycket betydelsefullt för deltagarna, efterfrågade de en förbättrad tidsmässig tillgänglighet till aktivitet genom fler aktivitetstillfällen och ökad kontinuitet. Ett tydligt önskemål från deltagare som framkom var att få fler aktivitetstillfällen i veckan. Särskilt önskade man aktiviteter och träning på fredagar, så att inte helguppehållet skulle bli så långt. Ett specifikt förslag var Kom i gång-jympa. Fler möjligheter i veckan till träning på gym efterfrågades också. Deltagare påpekade att fler aktivitetstillfällen i veckan borde bidra till minskad trängsel, vilken i nuläget ledde till irritation och en sämre träningsupplevelse. Andra intervjuade var väldigt nöjda och tyckte att det var tillräckligt med det enda träningstillfälle i veckan de medverkade på. Deltagare tyckte att aktiviteter inte skulle börja för sent på eftermiddagen, men önskemål fanns också om att träning och föreläsningar ibland skulle förläggas även på kvällstid.



Vidare önskade deltagarna mer kontinuitet i verksamheten, genom aktiviteter och träning även under sommaren, eller åtminstone kortare och färre aktivitetssuppehåll för sommar och högtider. Deltagare önskade också mer träningsaktiviteter i det speciella sommarschema som brukar finnas.

*vi hoppas att vi tränar i Hälsoverket längre // dom slutar i maj.. och vad ska vi göra efteråt.. och dom öppnar i // september dom öppnar igen.. och vi stannar lång tid utan träning vi har jättetråkigt.. vi reser inte utomlands.. därför jag tycker om dom ska fortsätta.. ja i sommar också*

(Intervju 2)

### Rumslig tillgänglighet

Vissa hinder för regelbunden aktivitet fanns även på det rumsliga planet i form av lokaler som inte alltid var ändamålsenliga och genom den geografiska spridningen av aktiviteter i Angeredsområdet. Deltagare menade att det är mycket viktigt att det finns aktiviteter utanför Angered centrum, i alla Angereds områden, flera gånger i veckan. Detta för att deltagare som sällan rör sig utanför sitt närområde ska ha möjlighet att delta, och för att en sådan lösning dessutom skulle bidra till minskad trängsel under träningspassen.

*[talar om en aktivitet utanför Angereds centrumområde] om det blir två gånger det är jättebra // därför.. nästan alla aktiviteter är i Angered // [om ovan nämnda aktivitet] alla dom invandrare.. och dom kommer inte till Angered... jag tänker om dom går ut två gånger i veckan det blir jättebra till dom.. // jag säger "kom med mig!" till exempel ibland jag träffar.. vissa av dom.. dom "kommer men var nånstans?" jag säger "till Angered" "nä inte Angered"*

(Intervju 1)

Andra ansåg att det vore mer fördelaktigt om Hälsoverket flyttade till egna större lokaler i Angered centrum där all verksamhet skulle kunna koncentreras, då det är lättare att veta var man ska om allt är på ett och samma ställe. Som positivt nämndes att tillgängligheten till Hälsoverkets gymträning i Rannebergen är bättre än till Angered Arena (som också erbjuder gymträning, dock ej kostnadsfritt), genom att gångvägen till Rannebergens anläggning är flackare och därmed lättare.

Deltagare upplevde flertalet begränsningar med lokalerna som användes i verksamheten, både Hälsoverkets egna och de lokaler verksamheten lånade. Det framkom att lokalerna ofta är för små för antalet deltagare vilket leder till trängsel och irritation. På vissa aktiviteter är antalet deltagare begränsat och ibland finns inte tillräckligt med platser för alla som vill delta. Deltagarna uppmärksammade bristen på ventilation i vissa lokaler och det framkom att det ibland kunde vara svårt att hitta fram till lokalerna där aktiviteterna skulle hållas.



*du såg hur många vi var // finns inte ventilation och vi kan inte röra oss // i lugn och ro // man blir lite arg eller lite nervös och jag tänkte om dom gör två gånger i veckan det ska bli mycket bättre mindre folk kommer*

(Intervju 1)

I gymträningen ansågs fler löpband och crosstrainers behövas. Det framkom också att ett mycket starkt önskemål från många kvinnor i Angered är förbättrade möjligheter till motionssimning för enbart kvinnor, exempelvis på Angered Arena, och frågan uppkom om Hälsoverket skulle ha möjlighet att hyra anläggning för detta eller agera genom påtryckning gentemot ansvariga.

### Sociala möten

Den sociala betydelsen i form av gemenskap och samhörighet, ett positivt sammanhang och en känsla av trygghet i verksamheten var av stor betydelse för deltagarna. Möjligheten att kunna vända sig till personalen för praktiskt och socialt stöd upplevdes också positivt.

*ibland när man pratat också.. vad finns i sig själv eller vad finns i hjärtat som bekymmer sig.. till folk dom kan förstå dig de e jätteviktigt.. jag kan inte vända mig varje gång när jag e lessen till läkare eller nånting man behöver nåt annat och de e.. jag tror de här e.. jätterätt sätt som dom har hittat för.. för folk som oss (skratt)*

(Intervju 3)

### Personalen som trygghet och stöd

Personalen var av stor betydelse för deltagarna, för praktiskt såväl som socialt stöd. Tryggheten i att när som helst ha möjlighet att kunna vända sig till dem vid behov av råd och stöd framhölls som viktigt. Deltagare gav exempel på hur de fått lära sig att hantera situationer i livet där någon annan tar all ens tid och energi och att förhindra detta. Deltagarna upplevde personalen som vänner och kände tillit och att de blev förstådda av dem, vilket uppgavs minska smärta och ledsenhet.

*jag känner dom är mina kompisar // å jag tror på dom... det är viktigaste (litet skratt) jag kan öppna mitt hjärta å berätta om mina bekymmer ibland*

(Intervju 2)

Personalen kunde också bistå deltagarna med mer praktiskt stöd. De sociala aktiviteterna som torsdagsfrukosten uppgavs specifikt som en möjlighet att fråga personalen om hjälp och råd om hantering av olika problem. Deltagarna upplevde att de utan att känna sig dumma kunde fråga om praktiska saker de inte ville fråga exempelvis en granne om, vilket kunde vara funderingar om myndigheter och rättsväsende. Personalen uppgavs alltid ställa upp och svara på frågor; om hälsa, Angeredsområdet och annat. Personalen kunde också stödja deltagarna genom att exempelvis hänvisa till annan hjälp vid oro, låna ut avslappningsskivor och bistå deltagarna med personlig hjälp med smärtlindrande övningar.

## Gemenskap och samhörighet

Gemenskapen uppfattades som mycket viktig för deltagandet i aktiviteterna, som en faktor som gav välmående och någonting som gjorde att deltagarna återkom.

Deltagandet i aktiviteterna gav deltagare en känsla av sammanhang och tillhörighet och minskade upplevelser av utanförskap.

*samma personer hela tiden.. så de har liksom blivit en.. samhörighet alltså inte att man träffas utanför eller så men de e hej å de e lite skoj kanske å sådär.. så de e.. de e roligt också för mig att se dom här ansiktena se dom här.. mänskorna då som man har sett ett tag.. de e en social grej då*

(Intervju 4)

Hälsoteket kunde för deltagare utgöra en social plattform, ett sätt att umgås, och man kunde bjuda med grannar och bekanta och gå iväg på aktiviteterna tillsammans.

Deltagare uttryckte det som att ”man måste ju träna” och att det då är roligare att göra det tillsammans med andra. Deltagare betonade gemenskapens betydelse och att de flesta är invandrare som viktiga faktorer för att man valde att träna på just Hälsoteket och inte på andra träningsanläggningar. Deltagare uppfattade dock att det ibland behövdes mer disciplin under träningspassen, att det sociala kunde ta över bland deltagarna och att det kunde bli stimmigt vilket tog fokus från träningsaktiviteten. Deltagarna uppskattade att träffa trevliga människor, få bekanta i området och skapa nya kontakter. För att öka gemenskapen deltagare emellan föreslogs fler utflykter.

*de e bra att du träffar bekanta folk.. vi hälsar och hej så.. men vi är inte riktigt vänner kanske tar lite tid men.. men de e bra att vi träffas // vi pratar lite vi träffar på här i centrum så också.. de e skönt att du känner att du har nån bekant att hälsa på.. de e som jag behövde mycket*

(Intervju 3)

De rent sociala aktiviteterna som torsdagsfrukosten uppskattades mycket och kunde enligt deltagarna gärna få vara lite längre, med sin gemenskap och möjlighet att lätta sitt hjärta. Kulturutbyten under dessa aktiviteter lyftes fram som roligt och inspirerande och även studiebesök av exempelvis studenter. Deltagare upplevde det också som positivt att få träffa andra i samma situation och med samma symptom av exempelvis smärta och trötthet som de själva. Dessa möten upplevdes minska ensamheten i svåra situationer och skapa band mellan deltagarna.

## Positivt sammanhang

Både i de sociala aktiviteterna och träningen betonades det positiva sammanhanget av deltagarna. Personalen uppfattades som positiva på ett professionellt sätt och deras glada humör smittade av sig och gav välmående till deltagarna. Deltagarna betonade också att träning lärdes ut på ett glädjefyllt vis, genom skratt och dans, vilket uppskattades mycket.

*[talar om en av de anställda] mycket duktig att.. lära oss med glädje inte alls bara lära oss att träna sådär nej.. vi skrattar också.. dansar ibland*

(Intervju 2)

Det betonades att en viktig faktor för att man återkom var att verksamheterna och träningsaktiviteterna uppfattades som väldigt roliga och att man fick skratta mycket. Även deltagarna smittade varandra med glädje under träningen, vilket upplevdes som mycket positivt, särskilt eftersom man kunde veta att andra deltagare var bekymmerstygda, men att man i träningen möttes i en stund av glädje.

## Hälsoteket som kunskapskälla

Hälsoteket ansågs av deltagare vara en viktig verksamhet för hälsomedvetenhet hos kvinnor, särskilt invandrade. De föreläsningar som Hälsoteket ibland anordnar ansågs informativa och som en möjlig informationskälla om hälsoproblem. Deltagare uttryckte önskemål om mer föreläsningar om olika ämnen, utan att ha specifika önskemål, och kurser där man teoretiskt och praktiskt fick lära sig mer om hälsosam matlagning. Det framkom att det ibland upplevdes som svårt att få balans mellan mat och träning, och deltagare önskade lära sig mer om tankar, matvanor, kropp, träning och stress.

## Hälsofrämjande kunskaper och praktiker

Deltagare upplevde att medverkan i Hälsotekets aktiviteter gett dem nya kunskaper och praktiker som kunde främja deras hälsa. Vissa av dessa kunskaper och praktiker använde deltagarna hemma, exempelvis yoga- och träningsövningar som kunde bidra till att lindra smärta. Andra tyckte att det räckte för dem att träna vid aktivitetstillfällena. Deltagare uppgav att aktiviteterna lärt dem att träning kan hålla en friskare och att de lärt sig nya träningsformer såsom gymträning och att träna säkert där, utan att riskera onödiga sträckningar. Deltagare uppgav även att deltagande i aktiviteterna gett dem kunskaper om symptom på stress och att hantera stress genom andningsövningar.

*dom lär oss att.. viktig sak.. att andas lugnt.. långsamt... ibland jag känner mig.. tidigare.. att jag kom till Hälsoteket.. jag känner.. jag andas så här [andas in snabbt och kort] så.. fort fort.. jag vet inte att det var stress! ingen prata med mig om stress*

(Intervju 2)

Andra lärdomar var att försöka ha ett mer positivt tänkande gentemot sig själv och sin livssituation och att bli mer öppen i nya sociala sammanhang. Kurser hade lärt deltagare att hantera olika delar av livet, exempelvis att skapa livsmål, hur man vårdar sin tid och försöker vara nöjd, vilket uppfattades hjälpa mot förvirring och rädsla.

*hur man också lär sig och har sin tid eller nöja sig också de e jättefint också man pratar mycket om de och vi skriver och pratar och anger oss punkter och så dom här kurser också de e fint // du får råd automatiskt utan att dom ger råd direkt till dig*

(Intervju 3)

## Ökad lokalkännedom

I intervjuerna framkom att deltagare genom Hälso- och sjukvårdens promenadgrupper i Angered och utflykter till andra delar av Göteborg lärt känna närområdet i Angered bättre och upptäckt nya platser i andra delar av staden.

*jag kan inte så mycket på området.. jag vet inte vart jag ska gå // när jag börjat med dom det var härligt.. jag hade grupp.. de e bekvämt för mig.. och dom vet vart dom ska gå nånstans // jag har upptäckt också fina områden här runt om..*

(Intervju 3)

Deltagare tyckte att utflykter och besök till olika platser i Göteborg var en del av verksamheten som kunde utvecklas ytterligare, med mål att både förbättra gemenskapen och öka lokalkännedomen hos deltagarna, som sedan skulle kunna besöka platserna med familj eller vänner. Särskilt betonades besök till inomhusaktivitetsställen som bio, teater, bad och museum, då vintersäsongen i Göteborg är lång.

*man känner inte många ställen här eller allt vad finns här i Göteborg så det blir bra också om dom // visa väg att här finns Universeum här finns museum här finns .. att dom har besök där menar jag.. att här finns bad till exempel.. en dag eller två timmar till exempel i // den här platsen för att dom kvinnor som följer med dom kan känna dom kan gå med sin familj eller gå ensam eller gå med kompisar*

(Intervju 5)

## Förståelse

Informationen och programbroschyrerna från Hälso- och sjukvårdens ansågs tydliga och lättförståeliga. Detta gällde även hemsidan, vilken man gärna önskade mer information på. Deltagare tyckte också att man kunde informera mer om att hemsidan finns och att Facebook kunde användas mer som informationskälla. Flerspråkig personal lyftes fram som en fördel och det framkom önskemål om information på fler språk. Deltagare betonade att personal och deltagare alltid tillsammans försöker förklara för varandra med mål att alla ska förstå.

*dom försöker titta på ögonen om jag förstår eller nån annan inte förstår och vi // försöker hjälpa varandra å förklara också man känner sig egentligen // som bara vänner // försöker byta sin information*

(Intervju 3)

Språkförståelse upplevdes inte som ett hinder för att delta på Hälso- och sjukvårdens träningspass, däremot upplevdes det kunna vara en svårighet för att delta på de föreläsningar som anordnas. Det framkom att utomstående föreläsare någon gång varit svåra att förstå, särskilt när för långa ord använts och det behandlade ämnet upplevts som komplicerat. Deltagarna upplevde att de oftast kunde fråga när de inte förstod, men att det ibland ändå blev för svårt och för mycket att fråga om för att förståelse skulle vara möjlig.

## Drivkrafter för att besöka Hälso- och sjukvården

I intervjuerna framkom att några av orsakerna till att deltagare besöker Hälso- och sjukvården är de fysiska såväl som psykiska hälsoeffekter man upplevt eller hoppas på att aktiviteten ska ge. Andra bidragande orsaker var att deltagare tilltalades av Hälso- och sjukvårdens koncept för träning, med bland annat en anpassad aktivitetsintensitet. Deltagarna trodde att det effektivaste sättet att få fler att besöka Hälso- och sjukvården är genom personliga rekommendationer via bekanta eller genom personal i hälso- och sjukvården, men att spridning av Hälso- och sjukvårdens programbroschyrer också kan vara en bra metod.

## Hälsoeffekter

Deltagarna uppgav ett antal positiva såväl fysiska som psykiska hälsoeffekter från deltagandet i aktiviteterna, eller åtminstone en förhoppning om att aktiviteten gjorde nytta för kroppen. Dessa effekter eller förhoppning om sådana var en betydande orsak till att man återkom till aktiviteterna. Deltagandet i aktiviteterna ansågs ge välmående och vara betydelsefullt för kropp och själ, hjärta och hjärna. Förbättrad hälsa och livssituation var positiva effekter som deltagarna tog upp. Det framkom att Hälso- och sjukvården haft betydelse för att deltagare hjälpts ur svåra livssituationer och kunnat bidra till återhämtning från dylika. En negativ effekt av träning som framkom var en upplevelse av att äta för mycket i anslutning till aktiviteten, vilket ledde till starkt negativa tankar gentemot sig själv.

Deltagarna hade upplevt konkreta fysiska förbättringar av aktiviteten, såsom förbättrad rörlighet, att ha fått rakare kroppsställning och blivit piggare. Det betonades att det är viktigt att röra på kroppen och att man återkommer för att träningen känns bra i kroppen och för att behålla rörlighet i hög ålder. Deltagarna upplevde även att träningen kunde bidra till att minska smärta, och att det var en skön känsla att få lite träningsvärk efter att man har rört på sig. Deltagandet i aktiviteterna uppgavs kunna leda till att bekymmer minskade och tankar skingrades. Ledsenhet, trötthet, stress och smärta upplevdes försvinna. Deltagare uppgav att de kände sig levande av aktiviteterna och att deltagandet gett ökad självkänsla.

## Verksamhetsupplägget

En annan faktor för deltagande i aktiviteterna var de fördelar deltagarna såg med verksamhetsupplägget. Hälso- och sjukvården sågs som ett bra ställe för att få hjälp med hälsan och deltagarna tyckte att aktivitetsutbudet var omfattande, varierande, gav bra träningsmöjligheter och att aktiviteterna i sig gärna kunde fortsätta utvecklas. Träningen var den aktivitet som betonades mest och att få röra på hela kroppen uppskattades, likväl som musiken och dansinslagen på exempelvis Kom i gång-jympan. Deltagare uppskattade det ständigt pågående förändringsarbetet med aktiviteterna som de tyckte att personalen arbetade hårt och erfaret med. Detta gällde såväl träningsaktiviteterna som de sociala aktiviteterna, vilka enligt deltagarna alltid gjordes lite annorlunda, exempelvis med uppmärksammande av högtider. Även säsongsanpassningen av

aktiviteter uppskattades, med mer utomhusaktiviteter på den varmare delen av året och mer inomhus under årets kallare årstider.

*dom försöker.. å.. å jobba hårt // för våran skull tycker jag.. dom försöker å byta rörelser å byta musiken å byta.. ja dom får alltid utbildning nya utbildningar*

(Intervju 1)

Möjligheten till gratis gymträning och sålunda billigare än exempelvis Angered Arena uppskattades, och träningen med Hälso- och sjukvårdens uppfattades även som mindre ”stelbent” än gymträningen där. Att aktiviteterna är gratis sågs som en fördel men var inte det viktigaste. Deltagare uppgav att de kunde tänka sig att betala hela eller delar av kostnaden för exempelvis simning, gymträning, utflykter och besök till olika platser och aktiviteter inne i Göteborg. Deltagarna uppskattade att träna med instruktör, vilket ansågs lättare och roligare än att träna hemma, där de kunde bli osäkra på hur de skulle göra och träningen kändes långtråkig. Det framkom också att många kvinnor vill träna könsseparerat och uppskattade Hälso- och sjukvårdens möjligheter till det.

### Anpassad aktivitetsintensitet

Deltagare uppskattade att träningen anpassades efter deras särskilda behov och att det fanns aktiviteter inriktade mot specifika problem, exempelvis ryggträning. Personalen upplevdes kompetent i att leda träning för människor med olika typer av skador.

*gymmet som vi gör eller.. en dag dans å yoga å.. de e jättebra.. å dom också försiktiga // vi röra oss som det passar våras kroppar // man känner att dom vet hur dom ska behandla oss.. å som gäller våras skada*

(Intervju 3)

Träningen uppfattades som likadan som den som gjordes på hälso- och sjukvårdens sjukgymnastik och någon deltagare tränade på Hälso- och sjukvårdens istället på grund av missnöje med sjukgymnastiken, vilken upplevdes som slarvig och med för många praktikanter och för få legitimerade sjukgymnaster.

### Vägar till Hälso- och sjukvårdens

De flesta deltagare hade hittat till verksamheten via personliga rekommendationer och betonade att det var det bästa sättet att få fler besökare till Hälso- och sjukvårdens. Dessa personliga rekommendationer kunde bestå av att personer som var aktiva på Hälso- och sjukvårdens tipsade vänner och bekanta genom att tala om det och kanske överlämna en av Hälso- och sjukvårdens programbroschyrer, vilket många av de intervjuade hade för vana att göra. Deltagarna betonade också vikten av att exempelvis hälso- och sjukvårdens personal känner till verksamheten och kan rekommendera Hälso- och sjukvårdens, särskilt till män som de intervjuade menade kanske har lättare att ta till sig rekommendationer om de kommer från en person med mer auktoritet. Deltagare menade också att en del kvinnor tvingades gå på Hälso- och sjukvårdens aktiviteter av socialtjänsten och att dessa ibland försökte smita ifrån träningen.

*när jag vill komma hit jag måste veta från min läkare eller från min vän eller från någon annan att vad betyder Hälsoverket ungefär // att man vet vad de gör för Hälsoverket vad kan ge till mig eller till någon annan för hjälp*

(Intervju 3)

Deltagare tyckte även att Hälsoverket var bra på att marknadsföra sig genom att lägga programbroschyrer på apotek, bibliotek och vårdcentraler, men att detta kanske även kunde göras på caféer, restauranger och med post hem till Angereds invånare. Att Hälsoverket samarbetar mycket med andra föreningar och myndigheter uppskattades och deltagare tyckte att det var bra när Hälsoverket tillsammans med dessa marknadsförde sig på evenemang i centrum och genom eget öppet hus.

### Mäns deltagande

Hälsoverket besöks av betydligt fler kvinnor än män och deltagarna menade att det kunde bero på att kvinnor är mer aktiva, sociala och hälsomedvetna. Deltagare menade vidare att man riktat borde ge programbroschyrer till män, medan andra menade att män vet att Hälsoverket finns men att de inte är intresserade av att komma och att det sålunda inte är verksamhetens fel. Varierande uppfattningar fanns om huruvida separata grupper för män eller blandade grupper skulle kunna locka fler män till aktiviteterna, men att det här var viktigt att lyssna till såväl manliga som kvinnliga deltagares önskemål. Det fanns önskemål om fler aktiviteter för män, men det var mer oklart vad detta skulle kunna vara för typ av aktiviteter, även om boll- och styrketräning lyftes fram som möjliga förslag.

## Diskussion

### Resultatdiskussion

Nedan diskuteras studiens huvudresultat med hjälp av teori och tidigare forskning. Därefter följer en diskussion av studieresultatet i förhållande till de uppdragsmål Hälsoverket i Angered arbetar för att nå.

### Betydelsen av regelbunden aktivitet

Hälsoverket i Angered riktar sin verksamhet till personer som av olika orsaker är daglediga. I intervjuerna framkom att deltagarna upplevde såväl fysiska som psykiska och sociala hälsoeffekter av möjligheterna till aktivitet och strukturen i livet som aktivitetsrutinerna gav. Att vara dagledig kan, beroende på orsak, vara förknippat med en rad riskfaktorer för hälsa. Arbetslösa, personer med sjukersättning och med svag ekonomi rapporterar mindre fysisk aktivitet än andra grupper (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Det är vanligare bland arbetslösa och personer med sjukpenning eller -ersättning att sakna praktiskt och emotionellt stöd samt att känna tillit gentemot sina medmänniskor (Folkhälsomyndigheten, 2014c). Socialt stöd kan påverka självskattad



hälsa, viss sjukdomsspecifik såväl som allmän mortalitet samt uppkomst och prognos för viss morbiditet (Barth et al., 2010; Nausheen et al., 2009; Pinquart & Duberstein, 2010; Sjögren & Kristenson, 2002; Uchino, 2004). Att känna en hög grad av tillit har visats ha ett positivt samband med såväl lägre mortalitet och viss morbiditet som självskattad hälsa (Kim et al., 2008; Liljeberg, 2005; Nyqvist et al., 2014; Rocco et al., 2014; Uphoff et al., 2013).

Social och kulturell delaktighet är en av bestämningsfaktorerna för det svenska folkhälsoarbetets målområde 1, Delaktighet och inflytande i samhället (Folkhälsomyndigheten, 2014b). Att inte vara socialt delaktig har i forskningssammanställningar av kohortstudier visats ha en stark koppling till mortalitet oavsett orsak, ökad risk för hjärtinfarkt, rökning, lite fysisk aktivitet på fritiden och mindre östrogenbehandling bland kvinnor (Liljeberg, 2005; Nyqvist et al., 2014). Låg social delaktighet är vanligare bland äldre, personer som inte är födda i Sverige, arbetslösa och personer med sjukpenning- eller ersättning (Folkhälsomyndigheten, 2014c). Hälsotekets verksamhet ger aktivitetsmöjligheter till daglediga i deras närområde. Att delta i aktiviteter ökar den sociala delaktigheten och skulle kunna bidra till att öka deltagarnas känsla av sammanhang, KASAM, vilket kan stärka generella motståndsresurser och vara fördelaktigt för att klara av livsstressorer och sålunda bidra till en förbättrad hälsa (Antonovsky, 1996; Ejertsson & Andersson, 2009). I intervjuerna framkom att deltagare upplevt att verksamheten betytt mycket för dem i svåra livssituationer och att den bidragit till att de tagit sig vidare och återhämtat sig. Deltagare berättade också att kunskaper de fått från Hälsotekets aktiviteter ökat deras kontroll över och stärkt dem i att hantera olika situationer i livet. Det verkar således som att deltagarna upplevt empowerment-effekter av sitt deltagande i aktiviteterna.

Fysisk inaktivitet är en betydande riskfaktor för dödlighet och fysisk aktivitet har visats minska risken för en mängd såväl fysiska som psykiska åkommor (WHO, 2010). Hälsotekets verksamhet erbjuder möjligheter till ökad fysisk aktivitet både genom träning och genom att, som deltagarna uttrycker det, de ”kommer ut”, och därigenom minskar sitt stillasittande. Deltagare uppgav också att deras lokalkännedom om såväl Angered som Göteborg förbättrats, vilket också torde bidra till ökat socialt och kulturellt deltagande och därmed en ökad känsla av sammanhang i vad som för flera är en ny stad eller ett nytt land.

Ett av målen med Hälsoteket är att verksamheten ska kunna bidra till att tids nog slussa deltagare, vilka i flera fall besöker verksamheten efter rekommendationer från hälso- och sjukvården, vidare till vanlig friskvårdsträning. En del deltagare använde Hälsotekets träningsaktiviteter som ett komplement till eller istället för hälso- och sjukvårdens sjukgymnastik. En del betonade möjligheterna till aktivitet fyra av veckans dagar, medan andra uppgav att de inte skulle orka mer än den enda aktivitet i veckan de gick på. Således verkar det som att Hälsoteket fyller en funktion dels för de som behöver en låg träningsnivå och som då kan få detta kostnadsfritt, dels för de som värdesätter möjligheten att aktivera sig ofta. De intervjuade deltagarna verkade dock nöjda med den anpassade aktivitet de fick på Hälsoteket och det verkade inte aktuellt för dem att byta till träning inom den konventionella friskvården i nuläget. Genom att erbjuda kostnadsfria aktiviteter med anpassad intensitetsnivå i ett positivt och socialt



sammanhang som uppskattas av deltagarna, kan Hälsoverket sägas utgöra en stödjande miljö för hälsa, främst genom sociala och ekonomiska dimensioner (Ejlertsson, 2009). Detta fynd är i linje med tidigare utvärderingsresultat (Moberg, 2008; Shirazi, 2013). Dooris (2009) menar på att stödjande miljöer för hälsa har en potential att bidra till minskad ojämlikhet i hälsa och ökad inkludering. Detta förutsätter dock att man lyckas gå utanför traditionella arenor som till exempel arbetsplatser, vilket annars kan leda till ökad ojämlikhet genom exkludering av de som exempelvis står utanför arbetsmarknaden (Dooris, 2009). Hälsoverket utgör en mindre traditionell form av stödjande miljö för hälsa och når genom sina aktiviteter daglediga som av varierande orsaker helt eller till viss del inte befinner sig i arbetslivet.

### Hälsoverkets sociala betydelse

Sociala faktorer kan ha en betydande effekt på människors hälsoutveckling. Socialt stöd kan påverka självskattad hälsa, viss sjukdomsspecifik såväl som allmän mortalitet samt uppkomst och prognos för viss morbiditet (Barth et al., 2010; Nausheen et al., 2009; Pinquart & Duberstein, 2010; Sjögren & Kristenson, 2002; Uchino, 2004). I intervjuerna framkom exempel på hur Hälsoverkets verksamhet och personal kunde ge deltagare socialt stöd av såväl emotionellt som handgripligt slag, liksom informationsstöd och tillhörighetsstöd. För deltagarna utgjorde Hälsoverkets personal en källa för informativt socialt stöd, exempelvis genom råd gällande myndighetskontakter, och de upplevde att de kunde fråga verksamhetens personal saker de inte kände sig bekväma att fråga någon annan. På så sätt utgjorde Hälsoverket en sorts informell och positiv samhällskontakt, vilket upplevdes väldigt positivt av deltagarna, men som nog får sägas ligga utanför verksamhetens egentliga uppdrag.

Hälsoverket utgjorde en social mötesplats för deltagarna och kunde bidra till att man kom ut och träffade andra. Social isolering genom bristande sociala nätverk och socialt stöd har i forskningssammanställningar visats ha negativa effekter på mortalitet och viss morbiditet (Holt-Lunstad et al., 2010; Nyqvist et al., 2014; Sjögren & Kristenson, 2002). Holt-Lunstad et al. (2010) fann i en metaanalys en 50 % ökning i överlevnad bland personer med tillfredsställande sociala relationer och betonar att dåliga sociala relationer är lika negativt för mortalitet som rökning och alkohol och en mer betydande riskfaktor än fysisk inaktivitet och övervikt. I studiens slutsats konstateras att det är av högsta vikt att initiativ och policy inom folkhälsoarbete och hälso- och sjukvård explicit tar in sociala faktorer när mortalitet ska minskas. Detta skulle kräva innovation men är en god möjlighet att förbättra såväl överlevnad som livskvalitet (Holt-Lunstad et al., 2010).

Enligt forskningsresultaten ovan har sociala faktorer en mycket stor betydelse för hälsa, vilket skulle kunna beaktas av verksamheten när nya aktiviteter utformas, så att det sociala i sig kanske kunde tillåtas att ta en ännu större plats. När deltagarna menar på att det till stor del är det sociala som lockar med träningsaktiviteterna, kan det sägas vara positivt i dubbel bemärkelse, både genom att den sociala aspekten ökar benägenheten att vara fysiskt aktiv men också genom fördelarna det sociala umgänget i samband med träningen har i sig. Socialt kapital mätt som tillit har visats ha ett positivt samband med

såväl lägre mortalitet och viss morbiditet som självskattad hälsa (Kim et al., 2008; Liljeberg, 2005; Nyqvist et al., 2014; Rocco et al., 2014; Uphoff et al., 2013). I en nyligen publicerad systematisk översikt framkom att socialt kapital även till viss del kan kompensera för negativa hälsoeffekter av låg socioekonomisk status (Uphoff et al., 2013). Detta gällde i synnerhet för bonding socialt kapital på individnivå i nära relationer och tajta grupper och sambandet var extra starkt för underprivilegierade grupper och etniska minoriteter. Studien fann dock att underprivilegierade grupper ofta upplever hinder i att erhålla och använda socialt kapital (Uphoff et al., 2013). Interventioner som syftar till att stärka underprivilegierade gruppers möjligheter till socialt kapital skulle således kunna vara betydelsefullt för att minska ojämlikhet i hälsa.

### Hälsotekets uppdragsmål

Det är fastslaget att Hälsoteket ska verka ”för att minska ojämlikhet i hälsa med fokus på att förbättra befolkningens levnadsvanor och välbefinnande” och ”för ökad fysisk aktivitet, goda matvanor, tobaksstopp och en god psykisk hälsa” (Göteborgs Stad Angered & Västra Götalandsregionen, s. 3). Deltagarna i studien upplevde såväl fysiska som psykiska och sociala hälsoeffekter av sitt deltagande i aktiviteterna. Hälsotekets arbete utgår ifrån tre målformuleringar. Nedan kommer dessa att diskuteras i förhållande till den aktuella studiens resultat.

- **Skapa möjligheter för människor att ta ett större eget ansvar för sin hälsa och göra hälsosamma val**

Hälsoteket i Angered kan sägas uppfylla detta mål genom att deltagare ges möjlighet till kostnadsfri fysisk aktivitet i sitt närområde, på en lågintensiv nivå som av deltagarna upplevs som anpassad efter deras behov. Deltagare berättade också om hur de kunde använda sig av såväl smärtlindrande fysiska övningar som stresshantering genom andning och nya sätt att tänka och se på livssituationer i sin vardag utanför verksamheten. Hälsoteket utgör även en social plattform för möten mellan människor och ett positivt och informellt möte med det offentliga samhället. I intervjuerna framkom att deltagare upplevde vissa problem med den rumsliga och tidsmässiga tillgängligheten till aktiviteterna. Det skulle kunna tänkas att det finns en risk att deltagare slutar att träna helt om tillgängligheten uppfattas som alltför bristande, då träning på konventionella träningscenter i dagsläget inte verkar aktuellt för många av de intervjuade. Att få av de intervjuade deltagarna verkade överväga att gå vidare till konventionella hälsofrämjande verksamheter kan sägas vara en brist, då ett av målen med verksamheten är att Hälsoteket ska utgöra en brygga mellan sjuk- och friskvård. Det positiva sammanhang där deltagare fick träffa andra i samma situation kan sägas utgöra en stödjande miljö för hälsa, såväl fysisk och psykisk som social. Deltagare uppgav empowerment-effekter i form av ökad självkänsla och ökad kontroll över sitt liv. Den sociala biten i form av gemenskap och glädje betonades för att deltagarna fortsatte att komma till Hälsotekets träningsaktiviteter.

- **Göra hälsoinformation lättillgänglig och förståelig i ett mångkulturellt samhälle**

Ett av Hälsoverkets mål är att sprida hälsoinformation och det verkar som att verksamheten bidrar till att göra detta. Det framkom att deltagare både genom Hälsoverkets föreläsningar och genom personliga frågor till personalen ökade sin hälsomedvetenhet. Informationen uppfattades i stort sett som lätt att förstå, även om utomstående föreläsare någon gång uppfattats använda långa ord när ämnet varit komplicerat, vilket begränsat förståelsen. Något önskemål fanns om information på flera språk, vilket skulle kunna vara fördelaktigt ur vissa synpunkter, men även kunna uppfattas som uteslutande för de vars språk informationen inte finns tillgänglig på. Deltagare betonade dock att det oftast gick att fråga personal eller andra deltagare när man inte förstod.

- **Bedriva uppsökande verksamhet för att sprida information till befolkningsgrupper som är svåra att nå**

Genom den uppsökande verksamheten ska Hälsoverket sprida information om hälsa och om sin verksamhet till potentiella nya deltagare. Den aktuella studien omfattar dock bara befintliga deltagare, varför det är svårt att uttala sig om hur detta mål uppfylls. De intervjuade deltagarna betonade dock betydelsen av personliga rekommendationer från någon man litar på, antingen en vän eller en yrkesperson i hälso- och sjukvården, för att man ska prova Hälsoverkets aktiviteter, vilket kan vara värdefullt att ta hänsyn till när nya deltagare rekryteras. Deltagare menade särskilt på att män kanske behövde bli rekommenderade att gå till Hälsoverket av någon med auktoritet, som en hälso- eller sjukvårdspersonal. I tidigare utvärdering har framkommit att personal med möjlighet att rekommendera Hälsoverket haft en föreställning om att det är en verksamhet mest för kvinnor, då dessa dominerar verksamheten, och därför tvekat att rekommendera manliga patienter att besöka Hälsoverket (Moberg, 2008).

Mäns deltagande i Hälsoverkets aktiviteter är betydligt lägre än kvinnors. De intervjuade deltagarna tänkte sig att det snarare berodde på ett bristande intresse från männens sida än på brister i verksamheten. Centrala fynd i den aktuella studien, där merparten av deltagarna var kvinnor, är att Hälsoverket erbjuder regelbunden aktivitet och en social plattform. Det skulle kunna vara så att män i Angered inte har samma behov av Hälsoverket som de intervjuade kvinnorna, utan att männen har andra plattformar för aktivitet och sociala möten. Resultat från Nationella folkhälsoenkäten visar dock på lägre socialt deltagande och mindre tillgång till emotionellt och praktiskt socialt stöd bland män jämfört med kvinnor, varför det får anses vara relevant att satsa på att locka fler män (Folkhälsomyndigheten, 2014c). I en utvärdering av Hälsoverket i Angered ur männens perspektiv framkom att det låga antalet män avskräckte från deltagande (Shirazi, 2013). Det framkom också att personal upplevt att de manliga deltagarna uppskattat och haft lättare att delta när aktiviteter haft manliga ledare. Det kan vara en faktor att beakta när ny personal rekryteras, för att Hälsoverket ska kunna erbjuda en hälsosam plattform dit fler män känner sig lockade. Det kan behövas, beaktandes de 4,21 år som skiljer Angered-männens medellivslängd, från den bland männen i Västra Göteborg (Göteborgs Stad, 2012). I intervjuerna framkom att många kvinnor inte vill

träna tillsammans med män, så här har verksamheten en avvägning att göra, vilket dock redan kan sägas avspeglas i dagens aktivitetsschema där såväl blandade som könsseparerade grupper finns (Hälsoteket i Angered, 2013).

## Metoddiskussion

I beaktande av studiens resultat måste hänsyn tas till att deltagande i såväl verksamhetens aktiviteter som den aktuella studien är helt frivilligt. Det innebär att sannolikheten för att uppfattningar från deltagare som haft negativa eller neutrala upplevelser av verksamheten är liten, då dessa sannolikt inte fortsatt delta och därmed inte kunnat nås av den aktuella studien. Hälsotekets uppdrag är att vara en stödjande miljö för hälsa och resultaten ovan visar att verksamheten fyller den funktionen för de intervjuade deltagarna. En mycket viktig frågeställning värd att undersökas skulle således vara vilka faktorer som gör att deltagare väljer att inte fortsätta att delta i verksamheten och vilka upplevelser det kan bero på. Då deltagande i verksamheten är frivilligt och anonymt finns dock metodologiska svårigheter med att undersöka detta.

En kvalitativ studies trovärdighet (trustworthiness) diskuteras utifrån begrepp som trovärdighet (credibility), tillförlitlighet (dependability), bekräftelsebarhet (confirmability) och överförbarhet (transferability). Dessa aspekter av trovärdighet kan separeras, men bör betraktas som sammanflätade och relaterade (Graneheim & Lundman, 2004).

Trovärdighet (credibility) innebär en studies förmåga att fånga, förstå och rekonstruera informanternas upplevda verkligheter (Dahlgren et al., 2007). Trovärdighet kan röra studiens övergripande fokus, kontexten i vilken den genomförs, val av deltagare, datainsamlingsmetod och datamängd likväl som olika faser i analysprocessen (Graneheim & Lundman, 2004). I denna studie eftersträvades trovärdighet i rekryteringsfasen genom att författaren, med mål att maximera variationen bland deltagarna, rekryterade på en mångfald av aktiviteter, med olika intensitet och könsfördelning samt i olika lokaler och områden i Angered. Denna intention begränsades tyvärr i någon mån av den begränsade tiden för datainsamling. Trots dessa försök blev könsfördelning bland deltagarna ojämn och alla deltagare är över 40 år. Dock speglar denna sammansättning ungefär den köns- och åldersfördelning som brukar råda bland Hälsotekets deltagare. Den begränsade tiden gjorde att författaren inte hade möjlighet att själv delta i särskilt många aktiviteter innan intervjuerna genomfördes. Ett deltagande hade kunnat innebära en möjlighet att bättre lära känna verksamheten och deltagarna, men också en risk i att bli alltför involverad (Dahlgren et al., 2007). På aktivitetstillfällena presenterades författaren av Hälsotekets personal och intervjuerna genomfördes även i Hälsotekets lokaler, vilket kan ha påverkat vilka som visade intresse för att intervjuas och möjligen kan ha avskräckt deltagare med mer negativa åsikter. Intervjuerna genomfördes i Hälsotekets lokaler i Angered centrum, vilket inte var en idealisk lösning när det gällde möjligheter till komplett anonymitet för deltagarna, men tyvärr den enda praktiskt möjliga då författaren saknade tillgång till andra lokaler med enskilda rum i närområdet. Det hade också varit fördelaktigt att kunna erbjuda deltagare att intervjuas i alla områden av Angered där Hälsoteket har

aktiviteter, men detta var tyvärr inte möjligt då Hälsoverket lånar de lokaler man är i när man inte är i de egna.

Deltagande i studien var frivilligt och obetalt och det kan diskuteras vilka som ställer upp och delar med sig av sin tid och sina erfarenheter. Det kan vara de som är mer positivt eller negativt inställda, eller de som har mycket ledig tid. I synnerhet gäller detta då intervjuerna genomfördes på ett ställe dit deltagare var tvungna att transportera sig vilket, beroende på transportsätt, också kan ha inneburit en mindre kostnad. Vissa deltagare verkade tveksamma till deltagande på grund av osäkerhet kring de egna språkkunskaperna. Detta försökte kringgå genom att potentiella deltagare muntligt såväl som skriftligt erbjöds att ha med en annan person som språkstöd, vilket gjordes av någon deltagare. Vid ett tillfälle erbjöds deltagare även att genomföra intervjun på engelska, vilket dock inte blev aktuellt. Flera av deltagarna hade inte svenska som modersmål och möjligen kan detta, i kombination med att den använda ljudinspelningsutrustningen inte varit av högsta kvalitet, ha lett till att någon information gått förlorad eller misstolkats av författaren. För att kringgå detta hade videofilmning av intervjuerna kunnat vara en möjlig alternativ datainsamlingsmetod, men hade kanske också påverkat i negativ riktning genom den obekvämheter som kan uppstå av att bli filmad (Dahlgren et al., 2007). Ett alternativ till individuella intervjuer hade kunnat vara fokusgrupper, men dessa valdes bort av såväl etiska konfidentialitets- och anonymitetsskäl som praktiska begränsningar i form av tillgänglig tid för datainsamling och brist på lämpliga lokaler. Fokusgruppsintervjuer är dessutom ofta svåra att styra och tolka, i synnerhet om de genomförs av en ensam intervjuare, och genererar då sällan någon värdefull information för utvärdering av hälsofrämjande verksamheter, vilket var studiens syfte (Berg & Bjärås, 1996).

En brist i denna studies analysfas är att den begränsade tiden samt anonymitets- och konfidentialitetshänsyn omöjliggjorde åtgärder som observation, triangulering, att stämma av med sina informanter eller liknande (Hsieh & Shannon, 2005). Detta hade kunnat öka trovärdigheten genom att ge en ökad förståelse för kontexten vilket är viktigt i kvalitativ innehållsanalys, för om den är bristfällig identifieras inte de relevanta huvudkategorierna (Hsieh & Shannon, 2005). Denna brist begränsar också resultatets bekräftelsebarhet, vilket avser neutralitet i forskningsresultat (Dahlgren et al., 2007).

I såväl datainsamling som analys bör författarens bakgrund och erfarenheter beaktas, då dessa sannolikt påverkar såväl vilka som väljer att delta, vad de väljer att dela med sig av under intervjuerna och hur dessa utsagor sedan tolkas av författaren (Britten, 2007; Graneheim & Lundman, 2004). Dock är det desto svårare att diskutera hur och i vilken riktning det kan ha påverkat resultatet. I den aktuella studien var författaren betydligt yngre än de intervjuade deltagarna, vilket kan ha påverkat vilken information de valde att dela med sig av. Författaren arbetade, bodde eller var inte på annat sätt aktiv i det geografiska området studien genomfördes i, annat än för den aktuella studien. Det kan möjligen ha inneburit en reell eller av deltagarna uppfattad brist på förståelse för kontexten, vilket kan ha påverkat studiens resultat. Det skulle å andra sidan också kunna tänkas utgöra en möjlighet att information framkommer som inte hade framkommit annars, då författaren just saknar anknytning till det undersökta området. Att författaren endast hade begränsade erfarenheter av att arbeta med kvalitativ metod och att det var

första gången denna genomförde individuella intervjuer är en begränsning, då genomförande av intervjuer är en färdighet som utvecklas genom praktisk erfarenhet (Dahlgren et al., 2007).

Då det aktuella datamaterialet var litet och behandlades av en och samma person under en förhållandevis kort tidsperiod, insamlades under fyra dagar i en dryg tvåveckorsperiod och analysen inte påbörjades förrän datainsamlingen avslutats bör eventuella skillnader i materialet vara av mycket liten karaktär. Därmed torde dess tillförlitlighet, forskarens hantering av förändringsprocesser i data och metod över tid, vara god (Dahlgren et al., 2007; Graneheim & Lundman, 2004). Ett förhållande som möjligen kan ha påverkat är det faktum att intervjuerna på grund av praktiska förhållanden genomfördes i två olika lokaler. Några intervjuer tog plats i ett mindre kontorsrum och några i en större och måhända något mer neutral aktivitetslokal, vilket möjligen kan ha påverkat informanternas utsagor. Vid några av intervjutillfällena fanns en av verksamhetens programbroschyrer på deltagarnas plats vid bordet, vilket möjligen kan ha lett deltagare in på något särskilt spår. Att en intervju genomfördes med två personer på samma gång kan också tänkas ha påverkat vad som framkom i den intervjun. Av de två deltagare som intervjuades samtidigt hade en mer kunskaper i svenska, varför utsagorna från den intervjun i första hand kommer från deltagaren med mer språkkunskaper, men dessa bekräftades ofta av den andra medverkande. Viss personlig dokumentation över forskningsprocessen fördes av författaren under arbetets gång, men att denna inte var fullständig utgör en brist i studiens tillförlitlighet och bekräftelsebarhet (Dahlgren et al., 2007).

Studieresultatets trovärdighet (credibility) och överförbarhet till liknande kontexter är främst upp till läsaren att bedöma, men för att underlätta denna bedömning presenterades i det aktuella arbetet en tydlig och omfattande beskrivning av såväl forskningsprocess som resultat (Graneheim & Lundman, 2004). Fördelen med omfattande beskrivningar har dock fått vägas mot etiska anonymitets- och konfidentialitetskrav gentemot informanterna och kan göra att beskrivningen av kontexten uppfattas som otillräcklig att bedöma resultatens överförbarhet utifrån. Genom att i resultatdelen presentera innehållsrika citat stärks studiens överförbarhet och trovärdighet (credibility) (Graneheim & Lundman, 2004). Denna begränsas dock något av att ålder och kön på deltagarna som citeras i resultatdelen inte skrivits ut av hänsyn till deltagares anonymitet och konfidentialitet. I denna studies resultatdel är citat av vissa intervjupersoner överrepresenterade då dessa uttryckte sig mer beskrivande än andra, men samma mening återfanns även i andra intervjupersoners utsagor.

## Slutsats

Hälsoteket i Angered upplevdes ha en viktig betydelse för de intervjuade deltagarna i deras vardagsliv och för deras hälsa, och har därmed potential att bidra till en förbättrad hälsa i stadsdelen och därigenom till minskad ojämlikhet i hälsa. För de intervjuade deltagarna verkade Hälsoteket utgöra en stödjande miljö för såväl fysisk och psykisk som social hälsa. Genom att erbjuda regelbunden aktivitet utgör verksamheten en stödjande miljö för ökat socialt deltagande i området, vilket är en viktig faktor för

delaktighet och inflytande i samhället. Hälsoteket utgör för de intervjuade deltagarna en plattform för sociala möten, med såväl personal som andra deltagare, och fungerar som en källa för olika typer av socialt stöd. Sammanfattningsvis visar denna studie på vilken funktion en hälsofrämjande social mötesplats kan fylla för sina deltagare och utgöra en stödjande miljö för ökad delaktighet i samhället och förbättrade levnadsvanor, genom möjligheter till anpassad fysisk aktivitet och som källa för information av olika slag. Beaktande de sociala faktorernas betydelse för hälsa som framkommit både i tidigare forskning och i den aktuella studien, torde det vara betydelsefullt att i större utsträckning inkludera denna dimension i hälsofrämjande verksamheter. Detta skulle kunna ske både genom att ha sociala faktorer som huvudfokus för interventioner och genom att skapa en social dimension i interventioner som rör andra levnadsvanor. Som Holt-Lunstadt et al. (2010) påpekar kan detta komma att kräva innovation, vilket dock inte är ovanligt i hälso- och sjukvårdssektorn, och med den potential att både främja hälsa och minska mortalitet som sociala interventioner skulle kunna ha, torde det vara värt att arbeta vidare på. Dyliga åtgärder har potential att bidra till minskad ojämlikhet i hälsa genom att främja socialt deltagande och möjligheter till socialt kapital hos grupper som har lägre tillgång till detta, vilket samverkar med en sämre hälsostatus. Det är värdefullt i synnerhet då socialt kapital visat sig kunna buffra negativa hälsoeffekter av låg socioekonomisk status, men då det också visats svårare att erhålla och använda socialt kapital för de grupper som skulle behöva dess positiva effekter som mest (Uphoff et al., 2013). Ekonomiska och sociala förutsättningar betydelse för möjligheter till delaktighet är också viktiga komponenter som snarare rör fördelningen av resurser i ett samhälle och som inte kan förbises i det större sammanhanget. I enlighet med WHO:s rekommendationer (2008) är det således också nödvändigt att angripa den ojämlika fördelningen av makt, pengar och resurser, globalt, nationellt och lokalt, för att kunna uppnå jämlikhet i hälsa.



## Referenser

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion 1. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
- Barth, J., Schneider, S., & Von Känel, R. (2010). Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 72(3), 229-238.
- Berg, L., & Bjärås, G. (1996). *Utvärdering av hälsofrämjande och förebyggande arbete: en metodbok*. Lund: Studentlitteratur.
- Britten, N. (2007). Qualitative interviews. In C. Pope & N. Mays (Eds.), *Qualitative research in health care: Elektronisk resurs* (pp. 12-20). Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.
- Calidoni, F., Christiansson, C., & Henriksson, G. (2011). Kostnader för ojämlikhet i hälsa i Västra Götaland, En beräkning av vad socioekonomisk ojämlikhet i hälsa kostar samhället. Västra Götalandsregionen.
- CODEX. (2013). Informerat samtycke. Retrieved 2014-04-06, from <http://www.codex.uu.se/manniska2.shtml>
- Dahlgren, L., Emmelin, M., & Winkvist, A. (2007). *Qualitative methodology for international public health*. Umeå: Epidemiology and Public Health Sciences, Department of Public Health and Clinical Medicine, Umeå University.
- De Cal, E. (2013). Halvårsrapport Hälsoverket i Angered januari-juni 2013. Angered: Hälsoverket.
- De Cal, E. (2014). Helårsrapport Hälsoverket i Angered januari-december 2013. Angered: Hälsoverket.
- Dooris, M. (2009). Holistic and sustainable health improvement: the contribution of the settings-based approach to health promotion. *Perspectives in public health*, 129(1), 29-36. doi: 10.1177/1757913908098881
- Ejlertsson, G. (2009). Folkhälsovetenskap i ett hundraårigt perspektiv. In I. Andersson & G. Ejlertsson (Eds.), *Folkhälsa som tvärvetenskap: möten mellan ämnen* (pp. 31-61). Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G., & Andersson, I. (2009). Folkhälsa - några begreppsdefinitioner. In I. Andersson & G. Ejlertsson (Eds.), *Folkhälsa som tvärvetenskap: möten mellan ämnen* (pp. 17-30). Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, M. (2003). *Socialt kapital: teori, begrepp och mätning - en kunskapsöversikt med fokus på folkhälsa* (Vol. 60). Umeå: CERUM, Umeå University.
- Folkhälsomyndigheten. (2013). Rekommendationer. Retrieved 2014-05-14, from <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/fysisk-aktivitet/rekommendationer/>
- Folkhälsomyndigheten. (2014a). Folkhälsans utveckling – målområden. Retrieved 2014-04-05, from <http://folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/>
- Folkhälsomyndigheten. (2014b). 1. Delaktighet och inflytande i samhället. Retrieved 2014-05-16, from



- <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/delaktighet-och-inflytande-i-samhallet/>
- Folkhälsomyndigheten. (2014c). *Sociala relationer*. Retrieved from: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/enkater-och-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/sociala-relationer/>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Göteborgs Stad. (2012). *Livslängdstabell under perioden 2008-2012*. Retrieved from: <http://www4.goteborg.se/prod/G-info/statistik.nsf/34f4087fac810b1ac1256cdf003efa4b/d477308b8741a70ec1257c62003e56e6!OpenDocument>
- Göteborgs Stad. (2014). Skillnader i livsvillkor och hälsa i Göteborg DELRAPPORT 2014. Göteborg: Social resursförvaltning.
- Göteborgs Stad Angered, & Västra Götalandsregionen. (2013). *Hälsoteket i Angered, Bilaga 1 till Avtal om folkhälsoinsatser i Angered HSN 12-122-2013*.
- Göteborgs stadsledningskontor. (2013a). Göteborgsbladet 2013 - områdesfakta. [http://www4.goteborg.se/prod/G-info/statistik.nsf/3a1ad6102b0c4f0ac1256cdf004881c0/e1c973e615de8e87c1257b98004632cb/\\$FILE/SDN\\_131\\_Angered\\_Pri\\_2013.pdf](http://www4.goteborg.se/prod/G-info/statistik.nsf/3a1ad6102b0c4f0ac1256cdf004881c0/e1c973e615de8e87c1257b98004632cb/$FILE/SDN_131_Angered_Pri_2013.pdf)
- Göteborgs stadsledningskontor. (2013b). Göteborgsbladet 2013 - områdesfakta. [http://www4.goteborg.se/prod/G-info/statistik.nsf/3a1ad6102b0c4f0ac1256cdf004881c0/e1c973e615de8e87c1257b98004632cb/\\$FILE/G%C3%B6teborg+SDN\\_2013.pdf](http://www4.goteborg.se/prod/G-info/statistik.nsf/3a1ad6102b0c4f0ac1256cdf004881c0/e1c973e615de8e87c1257b98004632cb/$FILE/G%C3%B6teborg+SDN_2013.pdf)
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7).
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. doi: 10.1177/1049732305276687
- Hyypä, M. T. (2010). *Healthy ties: social capital, population health and survival / [Elektronisk resurs]*. Dordrecht: Springer.
- Hälsoteket i Angered. (2013). Aktivitetsprogram Hälsoteket i Angered 27 januari-28 maj 2014. In Hälsoteket (Ed.). Angered.
- Janlert, U., & Folkhälsoinstitutet. (2000). *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Stockholm: Natur och kultur i samarbete med Folkhälsoinstitutet.
- Kim, D., Subramanian, S. V., & Kawachi, I. (2008). Social Capital and Physical Health: A Systematic Review of the Literature. In I. Kawachi, S. V. Subramanian & D. Kim (Eds.), *Social capital and health: Elektronisk resurs* (pp. 139-190). New York: Springer.
- Last, J. M. (2007). *A dictionary of public health: Elektronisk resurs*. New York: Oxford University Press.
- Liljeberg, K. (2005). *Hur påverkas hälsan av delaktighet och inflytande i samhället? En litteratursammanställning*. Retrieved from <http://www.torget.fhi.se/PageFiles/3311/r200502delaktighetinflyt0504.pdf>

- Marmot, M. (2006). *Statussyndromet: hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden*. Stockholm: Natur och kultur.
- Moberg, A. (2008). *Utvärdering av Hälsoverket i Angered 2005-2008*. Göteborg: Contextio Ethnographic.
- Nausheen, B., Gidron, Y., Peveler, R., & Moss-Morris, R. (2009). Social support and cancer progression: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(5), 403-415.
- Nyqvist, F., Pape, B., Pellfolk, T., Forsman, A. K., & Wahlbeck, K. (2014). Structural and Cognitive Aspects of Social Capital and All-Cause Mortality: A Meta-Analysis of Cohort Studies. *Social Indicators Research*, 116(2), 545-566.
- Pellmer, K., & Wramner, B. (2007). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.
- Pinquart, M., & Duberstein, P. R. (2010). Associations of social networks with cancer mortality: A meta-analysis. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 75(2), 122-137.
- Putnam, R. D., Leonardi, R., & Nanetti, R. (1993). *Making democracy work: civic traditions in modern Italy / [Elektronisk resurs]*. Princeton, N.J: Princeton University Press.
- Rocco, L., Fumagalli, E., & Suhrcke, M. (2014). From social capital to health - and back. *Health economics*, 23(5), 586-605. doi: 10.1002/hec.2934
- Scambler, G. (2012). Health inequalities. *Sociology of Health & Illness*, 34(1), 130-146. doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01387.x
- Shirazi, P. (2013). *Utvärdering av ett hälsotek ur männens perspektiv, Hälsotek som stödjande miljö, dess inverkan på hälsa och förmågan att ta ansvar för den egna hälsan*. Kandidatuppsats. Sektionen för hälsa. Blekinge Tekniska Högskola. Karlskrona. Retrieved from [http://www.bth.se/fou/cuppsats.nsf/all/648aaf92bfe52efec1257b90003475da/\\$file/BTH2013Shirazi.pdf](http://www.bth.se/fou/cuppsats.nsf/all/648aaf92bfe52efec1257b90003475da/$file/BTH2013Shirazi.pdf)
- Siegrist, J., & Marmot, M. (2006). Introduction. In J. Siegrist & M. Marmot (Eds.), *Social inequalities in health: new evidence and policy implications* (pp. 1-26). Oxford: Oxford University Press.
- Sjögren, E., & Kristenson, M. (2002). *Social isolering: effekt på hälsa och sjukdom samt förekomst i förhållande till kön och socioekonomisk grupp* (Vol. 2002:2). Linköping: Folkhälsovetenskapligt centrum.
- Skoglund, J. (2014). *Årsrapport 2013 Hälsoverket i Angered - vuxna*. Angered: Hälsoverket.
- Socialstyrelsen, & Statens folkhälsoinstitut. (2013). *Folkhälsan i Sverige, Årsrapport 2013*: Socialstyrelsen.
- Statens folkhälsoinstitut. (2011). *FaR: individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet* (Vol. 2011:30). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Tuomi, M. (2007). *Att påverka sin hälsa, Uppfattningar om hälsorelaterade beteenden och om Hälsoverket i Angered* Magisteruppsats. Institutionen för mat, hälsa och miljö. Göteborgs Universitet. Göteborg. Retrieved from <http://hdl.handle.net/2077/24480>
- Uchino, B. N. (2004). *Social support and physical health: understanding the health consequences of relationships*. New Haven: Yale University Press.

- Uphoff, E. P., Pickett, K. E., Cabieses, B., Small, N., & Wright, J. (2013). A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: A contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities. *International Journal for Equity in Health*, 12(1).
- WHO. (2003). WHO definition of health. Retrieved 2014-04-05, from <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- WHO. (2008). Utjämna hälsoskillnaderna inom en generation, Jämlikhet i hälsa genom påverkan av de sociala bestämningsfaktorerna (Kommissionen för sociala bestämningsfaktorer, Sammanfattning av slutrapporten.) Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- WHO. (2010). Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO.
- WHO. (2014). The determinants of health. Retrieved 2014-04-05, from <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/index2.html>
- WHO. (2014b). The Ottawa Charter for Health Promotion. Retrieved 2014-05-19, from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

## Bilaga 1 – Informationsbrev till deltagare



# GÖTEBORGS UNIVERSITET

Till dig som är med på Hälsotekets aktiviteter!

Jag heter Sofia Haby och läser folkhälsovetenskap på Göteborgs Universitet. Just nu håller jag på att göra mitt examensarbete och Hälsoteket i Angered har bett mig göra en utvärdering av Hälsoteket. Hälsoteket vill gärna veta vad ni deltagare tycker, för att man ska kunna planera verksamheten utifrån det. Därför skulle jag vilja intervjua några av er som deltar i Hälsotekets aktiviteter om vad ni tycker om Hälsoteket och vad det betyder för er, för att Hälsoteket ska kunna bli bättre.

- Det är helt frivilligt att vara med och man behöver inte säga sitt namn. Intervjun kan avbrytas när du vill.
- Ingen kommer att veta vem som sagt vad i intervjuerna när arbetet presenteras.
- Det är jag som kommer att intervjua. Vill man ha med sig en kompis som kan hjälpa till att översätta går det bra.
- Intervjun kommer om möjligt att vara i Hälsotekets lokaler, men Hälsotekets personal kommer inte att vara med under intervjun.
- Om det går bra för dig, spelar jag jättegärna in vårt samtal på min dator. Vill du inte att jag spelar in samtalet så skriver jag ner vad vi säger istället. Både inspelningen och anteckningarna är det bara jag som kommer att ha tillgång till och jag förstör dem när arbetet är klart.

Vill du prata med mig om vad du tycker om Hälsoteket?

Prata i så fall direkt med mig, ring mig på 0706-344921 eller mejla [sofia.haby@gmail.com](mailto:sofia.haby@gmail.com) !

## **Bilaga 2 – Frågeguide**

Vad tänker du på när jag säger ordet ”hälsa”?  
Vad innebär det att ha en god hälsa för dig själv?  
Vad är viktigast för att man ska ha en god hälsa tycker du?  
Vad kan man göra för att ha en god hälsa själv?

Hur länge har du besökt Hälsotekets aktiviteter?  
Hur fick du reda på att Hälsotekets aktiviteter fanns?  
Vad var det som gjorde att du kom till Hälsotekets aktiviteter första gången?  
Vad är det som gör att du kommer tillbaka till Hälsotekets aktiviteter, om du har varit här förut?  
Vilka av Hälsotekets aktiviteter brukar du gå på?  
Vad skulle du önska att Hälsoteket erbjöd?

Vad betyder Hälsotekets aktiviteter för dig? Har de påverkat dig på något sätt? Hur?  
Upplever du att Hälsotekets aktiviteter har påverkat din hälsa? I så fall hur?  
Har du lärt dig något nytt av att besöka Hälsotekets aktiviteter? Vad i så fall?

Vad är det bästa med Hälsotekets aktiviteter?  
Vad skulle kunna vara bättre?  
Hur är informationen du får från Hälsoteket? (Är den lätt eller svår att förstå?) Skulle den vara bättre om den var på ett annat sätt?  
Hur tror ni att man skulle kunna få fler personer i Angered att besöka Hälsotekets aktiviteter?  
Hur tror ni att man skulle kunna få fler män i Angered att besöka Hälsotekets aktiviteter?